PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
HU	AMB	USM PIRINEOS (PSICOLOGIA CLINICA)	VIAPLANA JAIME JULIA	2016_0145		PROYECTO DE PREVENCION E IMPLEMENTACION DE HABLIDADES DE AFRONTAMIENTO EN LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS EN LA ETAPA DE EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	MARIN PRADOS EDUARDO	2016_1244		REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN LA ACTUACION DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL C.S. ALMUDEVAR (HUESCA)
HU	AP	CS ALMUDEVAR	REGLA MARIN RAQUEL	2016_1738	M	VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	M	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MALO GRACIA MARIA ELENA	2016_1279	M	REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES	2016_1348	M	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S.AYERBE
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2016_0028	M	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2016_1246	M	VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN CS BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	ASCASO CASTAN MARIA LOURDES	2016_1248	M	CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN CS BERDUN
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	M	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOBE PELLICER MARIA ANGELES	2016_1201	M	MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	M	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS GRAÑEN	CABELLUD LASIERRA MIRIAM	2016_1275	M	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA	2016_0354	M	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	ZUBIAURRE BASSAS PILAR	2016_1139	M	TALLER DE ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA MOVILIZACION DE COLUMNA CERVICAL Y EXTREMIDADES SUPERIORES
HU	AP	CS HECHO	CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO	2016_1140	M	EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO
HU	AP	CS HUESCA RURAL	ADIEGO USED MARIA DE LA O	2016_1142		CHARLAS / COLOQUIO DIETAS PARA ENFERMOS CELIACOS
HU	AP	CS JACA	MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR	2016_0390	M	MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA (TRABAJO SOCIAL)	PEREZ TURRAU ELENA	2016_1146	M	ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	BAYOD CALVO CONCEPCION	2016_0264		PILOTAJE DE "INTERVENCION BREVE EN ALCOHOL" EN CENTRO DE SALUD URBANO A TRAVES DE LA HERRAMIENTA AUDIT
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GABAS GALLEGO GEMMA	2016_0286	M	CHINA-CHANO. PASEOS SALUDABLES. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	ARNAL URROZ SANTIAGO	2016_1130		CONSERVANDO Y PROMOCIONANDO LA SALUD DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ CARLOS	2016_1138	M	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	CAJARAVILLE ASO PILAR	2016_1304		MEJORA DEL CIRCUITO DE REVISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA.
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA	2016_0077	M	CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	M	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	BETRAN COARASA LUCIA	2016_0361		ABORDAGE FISIOTERAPICO EN LA ROTURA DE FIBRAS MUSCULARES DESDE EL SRVICIO DE ATENCION CONTINUADA
HU	AP	CS PIRINEOS	PEÑA ARENAS MERCEDES	2016_1143	M	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES
HU	AP	CS PIRINEOS	AGUARON JOVEN MARIA EVA	2016_1300		MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ LOMBA BEATRIZ	2016_1311	M	ESCUELA DE SALUD
HU	AP	CS PIRINEOS (SALUD BUCODENTAL)	SASO BOSQUE MARIA JOSE	2016_1451	M	ATENCION A LOS TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	M	MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_0847	M	MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	M	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1530	M	SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SANTO GRIAL	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	M	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	M	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2016_0840	M	DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	2016_0936	M	ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL
HU	AP	CS SARIÑENA	ARNAL BESCOS MARIA JESUS	2016_0739	M	PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SARIÑENA	VERA BELLA CARMEN	2016_0846	M	REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS TERESA	2016_1144	M	TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2016_1145	M	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2016_1149	M	GESTION DEL PROGRAMA DE TIRAS Y AGUJAS DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	CEREZUELA SAMPER CARMEN	2016_1204	M	ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI-AP
HU	AP	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2016_1712	M	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	M	MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2016_1714	M	MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DEL PERSONAL DEL EAP
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (ENFERMERIA)	ELBOJ SASO MARTA	2016_0736	M	TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (ENFERMERIA)	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSICOGERIATRIA)	SANZ MALUENDA SONIA	2016_0892	M	CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSICOGERIATRIA)	MARCO OREA SAGRARIO	2016_1127		ADECUACION DE LA DIETA DE DISFAGIA EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	ARTERO GUILLEN BELEN	2016_0622	M	ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACION DE FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	SARRIA HERREROS SERGIO	2016_1216	M	LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN EL CENTRO DE GASTO DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	M	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	CERECEDA SATUE MARIA PILAR	2016_1322	M	PROTOCOLO PARA LA MOTORIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE	GRACIA BERCERO	2016_1721	M	CONSULTA DE ENFERMERIA EN UNA UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	CONCEPCION			
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	GUERRI LLES YOLANDA	2016_0884	M	PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" (HUESCA)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	PUERTOLAS GUERRI YOLANDA	2016_0045	M	ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	M	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	MORLANS GRACIA LUCIA	2016_0235	M	VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2016_1373	M	ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	LUESMA CASAÑOLA CARMEN	2016_1621	M	ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD	2016_1635	M	CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (HOSPITAL DE DIA GERIATRICO)	DOZ SAURA NIEVES	2016_1128	M	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (INFORMATICA)	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2016_0601	M	MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (RADIODIAGNOSTICO)	LOPEZ GRACIA SIMEON	2016_1607	M	CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (REHABILITACION)	SALGADO GRACIA ANA	2016_0377	M	PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	H JACA (MEDICINA INTERNA)	DE DIOS ROMERO ALBERTO	2016_0638	M	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ALLER CONDE MARIA	2016_0986	M	VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES
HU	HOSP	H JACA (PEDIATRIA)	AGON BANZO PEDRO JESUS	2016_0266	M	PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA (RADIODIAGNOSTICO)	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2016_1557	M	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ADMISION Y DOCUMENTACION)	CALLAU PUENTE JAVIER	2016_1124	M	REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (ALERGOLOGIA)	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2016_1247	M	INCIDENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANATOMIA PATOLOGICA)	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	M	PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANATOMIA PATOLOGICA)	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1760	M	PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS DE CONIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	MOLINA TRESACO PAOLA	2016_0414	M	MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTESICA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	M	TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALAMILLO SALAS CLARA	2016_0416	M	PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	NAJAR SUBIAS MONICA	2016_0614	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	ANTON QUIROGA JESUS	2016_0639		HOMOGENEIZACION DE CRITERIOS EN LA SELECCION DE MATERIAL ANESTESICO EN QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	INGLES SANZ CRISTIAN	2016_1741	M	ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	BERGUA MARTINEZ CLARA	2016_1063	M	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SAUDI MORO SEF	2016_0080	M	PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	PEREZ ZAPATA ANA ISABEL	2016_0087		DETERMINACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA METODOLOGIA "TRIGGER TOOL"
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON	2016_0101	M	OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ZAMBRANA CAMPOS VANESA	2016_1027	M	MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	LLORENS EIZAGUERRI MARIA	2016_0183		VALORACION MULTIDISCIPLINAR PREVIA A INCLUSION EN LEQ DE ARTROPLASTIA PRIMARIA Y DE REVISION DE CADERA Y RODILLA
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2016_0837	M	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS
HU	HOSP	H SAN JORGE (COMISION DE SEGURIDAD CLINICA Y MORTALIDAD)	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2016_0469	M	PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (COMISION DE SEGURIDAD CLINICA Y MORTALIDAD)	FELEZ JUSTES ISABEL	2016_0799	M	MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (DERMATOLOGIA)	DEL PRADO SANZ MARIA ELENA	2016_0014	M	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO
HU	HOSP	H SAN JORGE (DERMATOLOGIA)	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2016_0103	M	PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIADEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2016_0118	M	IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	BER NIETO YOLANDA	2016_0205	M	ADECUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACIÓN DE PATOLOGÍAS PREFERENTES MEDIANTE GESTIÓN DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	MONTORO HUGUET MIGUEL	2016_0592	M	IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS	2016_0803		DIGITALIZACION DE LA DECISION TOMADA POR EL COMITE DE TUMORES DE NUESTRO HOSPITAL EN RELACION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER COLORRECTAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIRECCION)	ALCOLEA GUERRERO MARTA	2016_1558	M	CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIRECCION)	MONTOIRO ALLUE RAQUEL	2016_1720	M	HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	ALTEMIR TRALLERO JARA	2016_0823	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDEA EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR Y MEJORAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ESTERILIZACION)	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2016_0159	M	TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (FARMACIA HOSPITALARIA)	VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN	2016_0649	M	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
HU	HOSP	H SAN JORGE (FARMACIA HOSPITALARIA)	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2016_0650	M	CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (FARMACIA HOSPITALARIA)	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2016_1708	M	PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2016_1257	M	IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	BORREL RONCALES MERCEDES	2016_1761	M	PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA DEL TRABAJO)	GARCIA AZNAREZ MARIA	2016_1062		RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS	2016_0693	M	PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	LANDER AZCONA ARANTXA	2016_1087	M	PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO)
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2016_0292	M	UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	OMISTE SANVICENTE TERESA	2016_0411	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA	2016_0704	M	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2016_0194	M	MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	MILAGRO BEAMONTE ANA	2016_0072	M	MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2016_0743	M	INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	M	PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	BEIRED VAL INES	2016_0765	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEONATOLOGIA)	REDOL LABARTA MONTSERRAT	2016_0491		MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUMOLOGIA)	CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN	2016_1253	M	PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC).
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	SERAL MORAL MARIA	2016_1007	M	IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2016_1009	M	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIGNOSTICO Y DERIVACION PARA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
						TROMBECTOMIA MECANICA
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RUIZ CAMPO LEYRE	2016_0042	M	CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	LAFALLA BERNAD OLIVIA	2016_0047	M	CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VICENTE LOPEZ BEATRIZ	2016_0092	M	CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (OFTALMOLOGIA)	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	M	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
HU	HOSP	H SAN JORGE (OFTALMOLOGIA)	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	M	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (OFTALMOLOGIA)	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	M	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE (ONCOLOGIA MEDICA)	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2016_0875		ATENCION DE CALIDAD PARA EL PACIENTE ONCOLOGICO PARA PROFESIONALES SANITARIOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (OTORRINOLARINGOLOGIA)	LOPEZ VAZQUEZ ANDRES	2016_0089	M	IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_0027	M	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	CONGOST MARIN SOFIA	2016_0031	M	TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	HUERTA BLAS PALOMA	2016_0243	M	INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2016_0476	M	IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PSICOLOGIA CLINICA)	CARCELLER TEJEDOR AMAYA	2016_1280	M	ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	PELEGRIN VALERO CARMELO	2016_0559	M	PREVENCION DEL SUICIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PULL ENFERMERIA)	ABADIA EZQUERRA CARLOS	2016_0136	M	WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (RADIODIAGNOSTICO)	LACOMA LATRE EVA MARIA	2016_0226	M	OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (RADIODIAGNOSTICO)	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	M	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (REHABILITACION)	MORALES BALIEN SANTIAGO	2016_1397	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DOCUMENTADO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGIA MAMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (UCI)	LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA	2016_0738	M	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA INSERCION Y CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	MUÑOZ PINTOR MANUEL	2016_0007	M	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	CAJA BUETAS ROSA	2016_0278	M	INGRESO DESDE URGENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO EN LA UCE
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO	2016_1292	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
HU	HOSP	H SAN JORGE (UROLOGIA)	GUIOTE PARTIDO INGRID	2016_1259	M	PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA
HU	HOSP	H SAN JORGE (UROLOGIA)	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2016_1286	M	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (UROLOGIA)	GARCIA RUIZ RAMIRO	2016_1291	M	ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
BA	AMB	CME MONZON (ATENCION ESPECIALIZADA)	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	M	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON
BA	AMB	UASA BARBASTRO (SALUD MENTAL)	SIESO SEVIL ANA ISABEL	2016_0800	M	DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AMB	USM BARBASTRO (SALUD MENTAL)	GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA	2016_1086	M	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO (PSICOLOGIA CLINICA)	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	M	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)
BA	AP	CS ABIEGO	MILLAN BARRIO MARIA LUISA	2016_1467	M	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	CLAVER GARCIA PAULA	2016_1561	M	SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GETION DEL EQUIPAMIENTO
BA	AP	CS AINSA	CLAVER GARCIA PAULA	2016_1593	M	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADDES CRONICAS EN AL INFANCIA-ADOLESCENCIA
BA	AP	CS AINSA	MALDONADO CLAVERO CELINA	2016_1599		EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	M	CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2016_1376	M	ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	M	REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD
BA	AP	CS BARBASTRO	GRACIA MONTOLIU ALICIA	2016_0574	M	IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_0556	M	UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	BLASCO OLIETE MELITON	2016_0581	M	MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO
BA	AP	CS BARBASTRO	MAESTRE SANTOLARIA SIRA	2016_0711	M	MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2016_0970	M	IMPLANTACION EXPLORACION DE LA MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA MARIA	2016_1550	M	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	M	EDUCACION GRUPAL A PACIOENTES CON EPOC
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1559	M	EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION
BA	AP	CS BENABARRE	CASTRO CUBERO ROSA MARIA	2016_1579	M	GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS
BA	AP	CS BENABARRE	VENTURA SAURA MARIA PILAR	2016_1584	M	ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DABETICO
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	M	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	MONTERO MORATA CARLOS	2016_1526	M	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	M	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0716		EDUCACION SEXUAL, PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y DE EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA
BA	AP	CS BINEFAR	MIRALBES TERRAZA SHEILA	2016_0727	M	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	M	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	M	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	M	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	M	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_0487	M	MEJORA INDICADOR COMPLEJIDAD ACG
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	M	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1043	M	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	M	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	M	FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	M	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2016_0637	M	PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	M	PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA
BA	AP	CS FRAGA	CLEMENTE JIMENEZ SILVIA	2016_0770	M	PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CENTRO DE SALUD FRAGA. COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA
BA	AP	CS FRAGA	DIESTE MARCIAL MARIANO	2016_0740		DETECCION, TRATAMIENTO Y DERIVACION DE NIÑOS ENURETICOS DE 6 AÑOS TRAS EL USO DE LA GUIA DEL 2014 SOBRE ENURESIS PUBLICADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS GRAUS	BLANCO GIMENO VERONICA	2016_0022	M	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	M	GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2016_1418	M	GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2016_1569	M	GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS (ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES PP, ...) Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON CUALQUIER NIVEL DE DEPENDENCIA DE ZS DE GRAUS
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA ASUNCION	2016_0635	M	MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	BERNUES SANZ GUILLERMO	2016_1586	M	ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION
BA	AP	CS LAFORTUNADA	RUIZ ALMENARA VALENTIN	2016_1587	M	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN EL C. S. LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	BERNUES SANZ GUILLERMO	2016_1629	M	EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
BA	AP	CS MEQUINENZA	BETRIAN HERRERA PATRICIA	2016_1384	M	INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	M	PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	M	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2016_1455	M	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	M	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN	2016_1536	M	CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)
BA	AP	CS MONZON URBANO	VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE	2016_0784	M	MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO	JAVIERRE MIRANDA ELENA	2016_1437	M	PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES
BA	AP	CS MONZON URBANO	VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE	2016_1499	M	ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS MONZON URBANO	GUEVARA LOPEZ TERESA	2016_1590		INTERVENCION CON PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN ATENCION PRIMARIA.
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	LAPEÑA LLERA ANA ISABEL	2016_1055		ELABORACION DE UNA GUIA DE MANEJO Y CUIDADOS EN MUJERES PORTADORAS DE PESARIO VAGINAL, COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLON LOSCERTALES ANA	2016_1066	M	MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	PASCUAL FRANCO MONICA	2016_1481	M	GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP.
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	M	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	MOTIS MONTES GABRIEL	2016_1484	M	TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGO VICTOR	2016_1476	M	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2016_1479	M	PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA (MEDICINA INTERNA)	CUCALON MARIN ROCIO	2016_0513	M	PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA (URGENCIAS)	PUEYO LALIENA SILVIA	2016_0342	M	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA
BA	HOSP	H BARBASTRO (ADMISION Y DOCUMENTACION)	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	M	PROYECTO POLYCARE
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR	2016_0919	M	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	LALANA GARCES MARTA ELENA	2016_0972	M	REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANATOMIA PATOLOGICA)	COMES GARCIA MARIA DOLORES	2016_0481		METODO DE AUTO TOMA PARA DETERMINACION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2016_0162	M	MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	IRICIBAR MIR LAURA	2016_0242	M	ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CARDIOLOGIA)	ANGULO BALDUZZI GUSTAVO	2016_0662	M	FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	FRANCES RAMI ESMERALDA	2016_1001	M	MATERIALES QUE INTEGAN LOS CARROS MULTIFUNCION DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO,ASI COMO SU MANTENIMIENTO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	CARRASQUER PUYAL AURORA	2016_1771	M	TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA (CA)
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ROCHE ALBERO ADRIAN	2016_0482	M	MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CONSULTAS EXTERNAS)	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2016_1000	M	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (DERMATOLOGIA)	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	M	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (DIRECCION)	CASTELLAR OTIN ELENA	2016_1764	M	UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)
BA	HOSP	H BARBASTRO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	BURGASE ESTALLO IRENE MARIA	2016_1026		IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ENFERMERIA)	PUYAL MELE ANA MARIA	2016_0503	M	FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ESTERILIZACION)	LACOMA ABADIA ANA MILAGROS	2016_0195		ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GOMEZ RIVAS PAULA	2016_0853	M	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2016_0923	M	ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	M	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO (GERIATRIA)	ZAMORA MUR ALFREDO	2016_0108		IMPLANTACION DE UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO TERMINAL
BA	HOSP	H BARBASTRO (GERIATRIA)	BIBIAN GETINO CLARA MARIA	2016_1773	M	DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (GERIATRIA)	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2016_1774	M	VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2016_0379		PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2016_1766	M	IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2016_1767	M	CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA	2016_0619		ADECUAR LA MONITORIZACION DE PACIENTES CRITICOS EN TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	2016_0874	M	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	CASTELLAR OTIN ELENA	2016_0174		EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA (IAH): REQUISITO DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA, SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA	2016_0176	M	NECESIDAD DE IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. CONTINUIDAD DEL PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETALACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
BA	HOSP	H BARBASTRO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	2016_0197	M	PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO
BA	HOSP	H BARBASTRO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0248	M	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEFROLOGIA)	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	M	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEFROLOGIA)	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	M	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2016_0528	M	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2016_0879		CONTINUACION DE INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	CALVO PEREZ LARA MARIA	2016_0901	M	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GONZALEZ PEÑA CORALIA	2016_0669	M	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	FRANCO SERRANO CARLOS	2016_0671	M	ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MIGDAN CARMEN MIHAELA	2016_0780	M	EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MADUTA TUDOR	2016_0922	M	SEGUNDO AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	CALDERERO ARAGON VERONICA	2016_1782	M	PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DLE FLUJO DE ACTUACION
BA	HOSP	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOG	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	M	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		IA)				
BA	HOSP	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE	2016_0334	M	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES
BA	HOSP	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2016_0749	M	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	M	CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	FACI ALCALDE ELENA	2016_0726		USO DE LA ECOGRAFIA RAPIDA EN LA CABECERA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRITICO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE	2016_0900		MANEJO DE LA CRISIS DE ASMA EN PEDIATRIA MEDIANTE CAMARA ESPACIADORA VERSUS NEBULIZACION CLASICA
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	AZANZA PARDO JORGE	2016_0454	M	ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2016_1777	M	EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2016_1778	M	DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA 1ª VISITA EN CCEE DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2016_1779	M	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO (REUMATOLOGIA)	FABREGAS CANALES MARIA DOLORES	2016_0772	M	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL
BA	HOSP	H BARBASTRO (SALUD MENTAL)	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	M	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (SUPERVISION DE ENFERMERIA)	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	M	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO (TRABAJO SOCIAL)	ABAD RUIZ ALODIA	2016_1077	M	MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	M	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	DIAZ MARTINEZ NOEMI	2016_0206	M	GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	PESQUER VILAS ISABEL	2016_0697	M	ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	VALLES TORRES ELISA	2016_0966	M	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CON RCP E IOT Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1477	M	ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1478	M	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (UROLOGIA)	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2016_0954	M	PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO (UROLOGIA)	MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE	2016_1052		PLAN DE IMPLANTACION DE VIAS CLINICAS DE PACIENTES QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2016_0851	M	IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASULAR
TE	AP	CS ALBARRACIN	MARTIN CLEMENTE MANUELA	2016_1250	M	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2016_1251	M	ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES.
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2016_1446	M	MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS
TE	AP	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2016_1724	M	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA
TE	AP	CS ALBARRACIN	PEREZ LAZARO CAROLINA	2016_1725	M	MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	M	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2016_1215	M	OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2016_1162	M	TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2016_1163	M	"MENS SANA IN CORPORE SANO"
TE	AP	CS BAGUENA	REDOLAR CHASENAS GEMMA	2016_0059	M	CONTROL DE LA TERMEPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS BAGUENA	GONZALVO HERNANDO PILAR	2016_1213	M	MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2016_1241	M	EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DESAYUNO SALUDABLE
TE	AP	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA	2016_0369	M	PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS CALAMOCHA	SANCHEZ ERCE MARIA	2016_1184	M	MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL SALUD DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	M	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	M	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2016_0040	M	ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA	2016_0365	M	DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	M	VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE	2016_1209	M	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2016_0139	M	IMPLATACION Y MANTENIMENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	HERNANDEZ DIAZ ROGELIO	2016_0373	M	ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2016_1183	M	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 75 O MAS AÑOS
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	M	DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	LAGUNA SARRIA JULIAN	2016_1161		ADECUACION DE TRATAMIENTO DE EPOC A NIVEL DE GRAVEDAD
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	GOMEZ CADENAS CONCHA	2016_1288	M	MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO	2016_1238	M	EDUACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA - EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	VIVO LAZARO JOSE LORENZO	2016_1239	M	MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR E TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS MOSQUERUELA	OLIVAS GUILLEN VALERIANO	2016_1164	M	VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA DE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS
TE	AP	CS MOSQUERUELA	AGUELO FLORIA MARCOS	2016_1182		VALORAR Y EDUCAR SOBRE LA UTILIZACION CORRECTA DE INHALADORES EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE EPOC-ASMA EN LA POBLACION PERTENECIENTE AL CS DE MOSQUERUELA
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL	RUBIO SERRANO MARIA	2016_1187	M	MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		CAMPO	DOLORES			REALIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2016_1191	M	IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA
TE	AP	CS SARRION	PALACIOS MEDRANO JESUS	2016_1185	M	MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:% % EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5% Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	FUENTES MORENO ENCARNA	2016_1205	M	VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO
TE	AP	CS SARRION	ARNAU FUERTES ALICIA	2016_1722		CURSO DE POSTPARTO Y APOYO A LA LACTANCIA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	GOMEZ NAVARRO RAFA	2016_1175	M	ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS%
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	M	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL	2016_1210	M	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN	2016_1193	M	MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN	2016_1194	M	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	PUEYO IZQUIERDO ANGEL	2016_1195	M	PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: “TERUEL CAMINA CON GUSTO”
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE	2016_1208	M	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA.
TE	AP	CS UTRILLAS	CORTES PEREZ FRANCISCO	2016_1171	M	SUPERVISION HUMANA Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR,Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUALCOLEGIO COMARCA CUENCAS MINERAS DE MONTALBAN
TE	AP	CS UTRILLAS	CABALLERO SOLER JESUS	2016_1172		MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR TERUEL, PARA EL C.S. DE UTRILLAS. SELECCION EFICIENTE DE IBP
TE	AP	CS UTRILLAS	HOMEDES CELMA LAIA	2016_1174	M	TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE INHALADORES
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2016_1181	M	PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN
TE	AP	CS UTRILLAS	LAZARO BELLA MERCEDES	2016_1186	M	CONTROL DEL GASTO DE LAS TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)
TE	AP	CS UTRILLAS	BENEDI ZAMARVIDE MARTA	2016_1189	M	PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO
TE	AP	CS UTRILLAS	VALENZUELA FOVED AMPARO	2016_1212	M	LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL
TE	AP	CS VILLEL	LEON MIGUEL PURIFICACION	2016_1203	M	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILEL, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS VILLEL	DOMINGO MAICAS MIGUEL	2016_1207	M	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5%
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2016_0211	M	MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	M	REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL	GUILLEN LORENTE SARA	2016_1199	M	OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2016_1554	M	ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN “RETRAIMIENTO SOCIAL” Y “EVITACION SOCIAL ACTIVA”
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2016_0480	M	MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (FARMACIA HOSPITALARIA)	CORREA BALLESTER MARTA	2016_0143	M	OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB “CHECKTHEMEDS”

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	GONZALEZ GARCIA PALOMA	2016_0674	M	DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	FORCANO GARCIA MERCEDES	2016_0804	M	MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	DIAZ GARCIA MILAGROS	2016_1150		IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE ENFERMERIA DIRIGIDA A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON DEMENCIA. INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO E INTERVENCION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ALERGOLOGIA)	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2016_0036		RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRÓNICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2016_0115	M	PLAN DE MEJORA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	SANLLEHI VILA NURIA	2016_0877	M	PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2016_1762	M	IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	MURCIANO GARCIA FERNANDO	2016_0367	M	INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO	2016_1765	M	MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CARDIOLOGIA)	CALPE GIL MARIA JOSE	2016_1727	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	M	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	FLORIA ARNAL LUIS JAVIER	2016_0095		DESARROLLO Y APLICACION DE UNOS CRITERIOS UNIFICADOS DE DERIVACION ANTE UNA MASA DE PARTES BLANDAS DE POSIBLE ETIOLOGIA TUMORAL A UN CENTRO EXPERTO EN SARCOMAS (CES)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE	2016_0148	M	MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	OSCA GUADALAJARA MARTA	2016_0150	M	GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	RANERA GARCIA MIGUEL	2016_0151		REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (DIGESTIVO)	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	M	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (DIRECCION)	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2016_1051	M	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (DIRECCION)	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	M	UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2016_1321	M	PROYECTO DE MEJORA: PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DM1
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2016_0011	M	SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GARCIA AGUDO SARA	2016_0033		IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2016_1728	M	MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2016_0084	M	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACIÓN CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	OJUEL GROS TANIA EMERITA	2016_0690	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	PEREZ MARTINEZ CARMEN	2016_1750	M	CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTERNA)	FONSECA LOPEZ CHERPENTIER	2016_0947	M	PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA DE INFECCIOSAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	ESCUSA JULIAN MILAGROS	2016_0999	M	COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	ACERO CARRERO ALMUDENA	2016_0395	M	RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	LACASA SANCHEZ ALICIA	2016_0456	M	IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	RUIZ CRIADO JORGE	2016_1726	M	INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUMOLOGIA)	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2016_1735	M	REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUMOLOGIA)	DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA	2016_1736		CONSULTA DE ENFERMERIA DE EDUCACION EN TERAPIA INHALADA (TI)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUROLOGIA)	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	M	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUROLOGIA)	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2016_0073	M	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2016_0762	M	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GARCES VALENZUELA MARTA	2016_0792	M	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	COLECHA MORALES MARTA	2016_0967	M	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DE CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OFTALMOLOGIA)	PASTOR ESPUIG MARIA	2016_0654	M	CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OFTALMOLOGIA)	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2016_0665	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ONCOLOGIA MEDICA)	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2016_0009	M	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA	2016_1731	M	ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	CABALLERO PEREZ VICTORIA	2016_0246		PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO PEDIATRICO EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	BENITO COSTEY SILVIA	2016_0531	M	PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	M	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2016_0111	M	TITULO: PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA	2016_0112	M	ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (RADIODIAGNOSTICO)	MARTIN MIRAVET MARIA DOLORES	2016_1060		CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL INTERVENCIONISMO DEL RADIODIAGNOSTICO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (REHABILITACION)	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2016_0203	M	INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (REHABILITACION)	PECES GONZALEZ NATALIA	2016_0687	M	COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (TRABAJO SOCIAL)	MUÑOZ LEON MERCEDES	2016_0550	M	PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	M	DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO	2016_0160	M	DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE	2016_0177		ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES INGRESADOS. PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS MEDIANTE EL DESPISTAJE DE DISFAGIA EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	MARTINEZ OVIEDO ANTONIO	2016_0178	M	UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA	2016_0304		URGENCIAS 2.0 . WEB PARA LOS PROFESIONALES Y USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	RODERO ALVAREZ FERNANDO	2016_0719		MEJORANDO LA SUPERVIVENCIA EN LA SEPSIS. “CODIGO SEPSIS”
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL	2016_0868	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (UROLOGIA)	SANCHEZ ELIPE MIGUEL ANGEL	2016_0424		OPTIMIZACION DE LA PREPARACION PREOPERATORIA EN UROLOGIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
AL	AMB	USM ALCAÑIZ (PSIQUIATRIA)	SAENZ BALLOBAR ANA MARIA	2016_0213	M	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AMB	USM ALCAÑIZ (SALUD MENTAL)	BESTUE FELIPE CATALINA	2016_0214	M	PROGRAMA DE CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSO Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GASCA BEL LORENZO	2016_1563		EXPURGO DOCUMENTAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2016_1136	M	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA	2016_1491	M	CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CAMPOS BERNAL ALBA MARIA	2016_1493		MEJORA DEL USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2016_1495	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GROS MORELLON TOMAS	2016_1519		MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS DERIVACIONES A ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2016_1522	M	GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2016_1608	M	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2016_1612		GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS Y DE URGENCIAS
AL	AP	CS ALCORISA	SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN	2016_0274	M	PROYECTO TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL
AL	AP	CS ALCORISA	TRILLO CALVO EVA	2016_0372	M	PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	MARTIN MARTIN JORGE	2016_1369	M	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETTI	2016_1370	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001: 2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCORISA	TRILLO CALVO EVA	2016_1371	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ANDORRA	GALVE CIERCOLES ROSA MARIA	2016_1487	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2016_0404	M	ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	EGEA CANO MONTSERRAT	2016_0420	M	TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL I.E.S. DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2016_0477	M	CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS ANDORRA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_0488	M	TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	M	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ANDORRA	FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN	2016_1147	M	FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	M	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	M	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1710	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CALACEITE	GUILLEN MARIN JOSE MANUEL	2016_1355	M	GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE	GIL MOLINOS MARTA	2016_1356	M	MANOS RELUCIENTES
AL	AP	CS CALACEITE	GINER SANCHO ANA LUISA	2016_1574		GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS CALACEITE	MILLAN GINER CLEMENTE	2016_1575		GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS CALANDA	CHAMOCHO OLMOS ELVIRA	2016_1367	M	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS CALANDA	LLORCA CAMARASA MIGUEL	2016_1442	M	IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2016_1443	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
AL	AP	CS CALANDA	JIMENEZ SESMA MARIA LUISA	2016_1528		DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN LA PROVINCIA DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS CALANDA	CHAMOCHO OLMOS ELVIRA	2016_1781	M	ESCUELA DE SALUD
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2016_0161	M	PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION	2016_0018	M	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION	2016_1514	M	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	CUCALON LAFUENTE MARCELINO	2016_1515	M	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	APARICIO ROS EUSEBIO	2016_1516	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2016_1523	M	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL
AL	AP	CS CASPE	MORENO COLAS BELEN	2016_1438	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CASPE	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2016_0079	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN
AL	AP	CS CASPE	VALLEJO GERMOSEN LORENZA	2016_0110		IMPLANTACION DE LA CIRUGIA MENOR EN CENTRO DE SALUD DE CASPE-CHIPRANA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL ALCAÑIZ
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	M	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_1135	M	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_1344	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS HIJAR	RIOS LAZARO MIGUEL	2016_0400	M	MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2016_1453	M	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS HIJAR	ADELL PORTOLES MARIA PILAR	2016_1454		GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS HIJAR	ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL	2016_1463		MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2016_1465	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL	2016_1709		ATENCION A GRUPOS SOCIOTERAPEUTICOS DE PACIENTES CUIDADORES DE PACIENTES CRONICO-DEPENDIENTES
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	M	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2016_1346	M	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENEZ ANDRES FABIOLA	2016_1347	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SALESA ALBALATE ALBERTO	2016_0155	M	INTRODUCCIÓN A LA RCP BÁSICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2016_1422	M	CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR PILAR	2016_1441	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LA MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SALESA ALBALATE ALBERTO	2016_1496		CREACION DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	VILLALBA MIR ANA PILAR	2016_1497	M	¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2016_1498	M	CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL, CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS EN ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2016_1016	M	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	M	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA	DE MINGO USON MIGUEL ANGEL	2016_1353	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MUNIESA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_1354	M	INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	M	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	ZAPATER MONSERRAT MATILDE	2016_1459	M	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	LACAMBRA ORGILLES ELENA	2016_1460	M	OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S. VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1512	M	SALVAVIDAS
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	M	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1116	M	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1117	M	GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1122	M	MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1717	M	IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARIN ABAD TERESA	2016_0032	M	PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DEL ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA, PROTESIS PARCIAL DE CADERA Y FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANESTESIA Y REANIMACION)	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2016_0252	M	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANESTESIA Y REANIMACION)	JUDEZ LEGARISTI DIEGO	2016_0811	M	ENCUESTA DE SATISFACION CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (BIOQUIMICA)	SOLE LLOP ESTHER	2016_0660	M	PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CARDIOLOGIA)	MARCEN MIRAVETE ANA	2016_1170		PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MARTINEZ UBIETO FERNANDO	2016_0812	M	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MONTAÑES FOZ MARTA	2016_1505	M	RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE OSTOMIZADO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN	2016_1500	M	PROYECTO DE MEJORA SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	ALTABA SANZ BEATRIZ	2016_0577	M	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE CADERA Y RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CONSULTAS EXTERNAS)	BLASCO GIL SILVIA	2016_0819	M	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (DIGESTIVO)	LACARTA GARCIA PEDRO	2016_1168	M	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (DIRECCION)	BONO LAMARCA PEDRO ISAAC	2016_1562		PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	GRACIA GIMENO PAULA	2016_0053	M	IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ESTERILIZACION)	RODRIGUEZ ALBA SUSANA	2016_0215	M	MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ESTERILIZACION)	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2016_0216	M	REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	VARELA MARTINEZ ISABEL	2016_0037	M	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (FARMACIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2016_0753	M	CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		HOSPITALARIA)				
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	URIARTE PINTO MOISES	2016_1485	M	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2016_1610	M	INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2016_0135	M	ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA, EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (INFORMATICA)	RECHE SABATER ALBERTO	2016_1565		MEJORAR LA GESTION DEL QUIROFANO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	RUIZ MARISCAL MARIA	2016_0314	M	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	RUIZ MARISCAL MARIA	2016_1611	M	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2016_0951	M	IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2016_1262	M	CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ARRIBAS GARCIA JORGE	2016_0288	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEFROLOGIA)	GRACIA GARCIA OLGA	2016_1173	M	INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUMOLOGIA)	HEREDIA FERRER LOURDES	2016_1179	M	PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE NEUMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUMOLOGIA)	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2016_1313	M	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUROLOGIA)	PEREZ ANGOSTO ESTHER	2016_0699	M	DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUROLOGIA)	MUÑOZ FARJAS ELENA	2016_0944	M	IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL	2016_0131		PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DOMINGUEZ FUENTES JULIO	2016_0299		PROTOCOLO DEL MANEJO EN URGENCIAS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA GESTANTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PALOMAR JOVEN MARTA	2016_0609	M	DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SANCHEZ LAHOZ MARGARITA	2016_0941	M	FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DE PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OFTALMOLOGIA)	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2016_0015	M	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OFTALMOLOGIA)	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2016_1180	M	REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA MEDICA)	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2016_0898	M	OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	REAL CORDERO ESPERANZA	2016_0730	M	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	MOLINER PEIRO FERNANDO	2016_1281	M	INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		(OTORRINOLARINGOLOGIA)				
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2016_0138	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2016_0191	M	IMPLANTACIÓN DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	OCHOA GOMEZ LAURA	2016_0212	M	MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	LOPEZ SANCHO JOSE MARIA	2016_0519	M	GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PSIQUIATRIA)	DURAN SANDOVAL LICCET	2016_1315	M	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DEL ALCOHOL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	GASPAR ANDREU JUAN CARLOS	2016_0219	M	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	LOPEZ GONZALO ISABEL	2016_0253	M	MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA	2016_1317	M	RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2016_1319	M	INTERCONSULTA VIRTUAL EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REUMATOLOGIA)	MERIÑO IBARRA ERARDO	2016_0099	M	PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDIOLOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (URGENCIAS)	BELENGUER CARRERAS LINA MARIA	2016_0234		DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADACARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS-CONTINUACION-
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (URGENCIAS)	CRUZ LOPEZ ANA MARIA	2016_0421	M	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	GARCIA RUIZ RAMIRO	2016_0585	M	ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	ANDRES LAZARO VICENTE JOSE	2016_1242	M	IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	ANDRES LOPEZ VANESA	2016_1502	M	PROYECTO DE MEJORA DE ACTUALIZACION DE PROCESOS MEDICO-QUIRURGICOS EN EL AREA DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN (ADMISION Y DOCUMENTACION)	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2016_0311	M	FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2016_0595	M	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AMB	USM ACTUR SUR (PSIQUIATRIA)	VALLESPI CANTABRANA ANA	2016_0854		IMPLEMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DERIVACION DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS AL CSM DENTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE
Z1	AMB	USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE (SALUD MENTAL)	MARCO ARNAU INMACULADA	2016_1749	M	ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ARANDA CORVINOS MARIA DOLORES	2016_1570	M	CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DATOS CLINICOS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA	2016_0523	M	MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2016_0582	M	REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	PUIG GARCIA MARIA CARMEN	2016_0642	M	DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE CARMEN	2016_1252	M	MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA	2016_1342	M	MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VALLES PINTO MARIA DOLORES	2016_1737	M	PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2016_1296	M	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	MORALES GREGORIO MARIA JESUS	2016_1240	M	MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO, IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	MORALES GREGORIO MARIA JESUS	2016_1295	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	SIERRA SERRANO LUIS ELIAS	2016_1298	M	PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PEREZ RAMIREZ ISABEL AUREA	2016_1341	M	MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	TORNOS SIMON TERESA	2016_1339	M	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS
Z1	AP	CS ACTUR OESTE (SALUD BUCODENTAL)	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2016_1338	M	ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR SUR	LAFUENTE GARCIA CARMEN	2016_1548	M	GESTION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICA DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR. LIMPIEZA, DEPURACION Y ACTUALIZACION DEL ARCHIVO
Z1	AP	CS ACTUR SUR	ALTISENT TROTA ROGELIO	2016_1294		PLANIFICACION ANTICIPADA DE CUIDADOS AL FINAL DE VIDA. ESTRATEGIA DE APLICACION POR UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA A USUARIOS ASINTOMATICOS Y A PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	GONZALEZ UBEDA ROSA	2016_1337	M	TALLER "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRA VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA". BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD MASSACHUSETTS
Z1	AP	CS ACTUR SUR	ALVAREZ ROCHE TERESA	2016_1541	M	PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	LOPEZ MARTINEZ SARA	2016_1549	M	TECNICAS DE RELAJACION
Z1	AP	CS ACTUR SUR	PITARQUE GARGALLO MARIA PILAR	2016_1555	M	ATENCIN A PACIENTES CON EPOC
Z1	AP	CS ALFAJARIN	GARCIA LOBERA AURELIO	2016_0599		INFLUENCIA DEL EJERCICIO FISICO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA OBJETIVA, MEDIANTE IMC, TA, GLUCEMIA Y DISLIPEMIA Y SUBJERTIVA, MEDIANTE TEST
Z1	AP	CS ALFAJARIN	NAVARRO SERRANO EVA	2016_0834	M	ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
			MARIA			NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	GUILLEN BALLARD TERESA	2016_0883		FOMENTAR BUENOS HABITOS ALIMENTICIOS EN ESCOLARES
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LOPEZ CENALMOR ISABEL	2016_1585	M	PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BASICO
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LORENTE ORTILLES TERESA	2016_1613		USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: MEJORA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL
Z1	AP	CS ARRABAL	FRANCES PINILLA MARINA	2016_0290	M	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL
Z1	AP	CS ARRABAL	CHECA DIEZ MARIA ANGELES	2016_0504	M	ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE
Z1	AP	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA	2016_1309	M	ASESORIA EDUCATIVA
Z1	AP	CS ARRABAL	GALLEGO ROYO ALBA	2016_1398	M	IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO
Z1	AP	CS ARRABAL	PABLOS MUR CRISTINA	2016_1079		EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD EN EL CEIP CANDIDO DOMINGO
Z1	AP	CS ARRABAL (TRABAJO SOCIAL)	JUAN GERMAN MARIA LUISA	2016_1520	M	TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CASILLAS FERRANDIZ LUIS	2016_1537	M	GESTION DEMANDA NO PRESENCIAL EN CENTRO DE SALUD LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SORIANO MARTINEZ ALBA	2016_0048	M	MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	GRACIA PELIGERO MARIA TERESA	2016_0049	M	INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	MURILLO AZNAREZ TERESA	2016_0180	M	EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2016_0549	M	PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CASILLAS FERRANDIZ LUIS	2016_0705	M	PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	DE LA PARRA CARQUE CELINA	2016_0888	M	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	JERICO CLAVERIA LAURA	2016_1525	M	PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE ZONA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	GASTON FACI ANA	2016_0316		VALORACION DE POSIBLES SITUACION DE ACOSO ESCOLAR
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) (SALUD BUCODENTAL)	LOPEZ MORENO MARIA LUZ	2016_1488		LA SALUD BUCODENTAL EN EL BEBE
Z1	AP	CS BUJARALOZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2016_1324	M	PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)
Z1	AP	CS BUJARALOZ	FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES	2016_1349	M	IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ
Z1	AP	CS BUJARALOZ	JARIOD FANDOS MERCEDES	2016_1351	M	DETECCION DE CANCER COLORECTAL
Z1	AP	CS LUNA	DE PABLO GONZALEZ RAFAEL IGNACIO	2016_1274	M	FOMENTO DEL BUEN CLIMA EMOCIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2016_1752	M	CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:- SALUD BUCODENTAL- PRIMEROS AUXILIOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	MAZA SOLANAS PILAR	2016_0217	M	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	ROYAN MORENO PILAR	2016_1308		PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCEPCION	2016_1366	M	PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL CS PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA	2016_1363	M	BLOG:SANTA ISABEL TE CUIDA
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	2016_0006	M	ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEO BLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR 2016

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	FIGUERAS ARA CARMEN	2016_0051	M	MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	FIGUERAS ARA CARMEN	2016_1447	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR	2016_0447	M	PASEO SALUDABLE
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2016_0472	M	MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GRACIA MOLINA MARIA JOSE	2016_0939	M	MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDA RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	MARCEN GIMENEZ CONCEPCION	2016_1614	M	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL
Z1	AP	CS ZUERA	SOLER COCHI PILAR	2016_0494	M	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA
Z1	AP	CS ZUERA	VAL JIMENEZ NURIA	2016_1325		APRENDIZAJE, PRACTICA Y DIFUSION DE TECNICAS DE RESPIRACION, RELAJACION, GESTION EMOCIONAL Y MINDFULNESS
Z1	AP	CS ZUERA	DOMINGUEZ GARCIA ANA	2016_1452		REVISION DE LAS INTERCONSULTAS A ATENCION ESPECIALIZADA EN EQUIPO COMO METODO DE MEJORA DE LAS DERIVACIONES Y APRENDIZAJE COMPARTIDO
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LABARTA MANCHO CARMEN	2016_1155	M	URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA: AREAS PRIORITARIAS 2017
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	CASCANTE MARTINEZ ALICIA	2016_1160	M	CRITERIOS DE DERIVACION A FISIOTERAPIA-RHB HOSPITALARIA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2016_1178	M	PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2016_1589	M	PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	REY LISO ANA ISABEL	2016_1543	M	REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE	2016_1597	M	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2016_0551	M	FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANALISIS CLINICOS)	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2016_0157	M	APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANALISIS CLINICOS)	COMET MARTINEZ BELEN	2016_0163	M	SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANATOMIA PATOLOGICA)	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2016_0849	M	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (BLOQUE QUIRURGICO)	CANO LATORRE ALEJANDRA	2016_0473	M	IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRUGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SESE SANZ MARIA PILAR	2016_0427	M	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ESTERILIZACION)	VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA	2016_0353	M	ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN	2016_0137	M	FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2016_0225	M	PROYECTO DE MEJORA DE INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	2016_0406	M	VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	BALLESTERO DELGADO SILVIA	2016_0467	M	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2016_0575	M	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2016_0855	M	IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION.

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		(GERIATRIA)				MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO	2016_1789	M	ATENCION AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA (H NTRA SRA DE GRACIA)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2016_0878	M	INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2016_0329	M	CAMINANDO HACIA EL "PROA"-IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2016_1082	M	ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ORTOGERIATRIA)	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2016_0317	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	HERRERO EGEA ANA	2016_1786	M	PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL.PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE	2016_1787	M	ENTREGA DE INFORMACION PERIOPERATORIA A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA NASAL. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017.
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (PSICOLOGIA CLINICA)	MUÑOZ CALVO MERCEDES	2016_0850	M	EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	BERNAD POLO JUAN MANUEL	2016_0629	M	PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA UNIDAD DE TCA DEL HNSG
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	RUBIO LARROSA VICENTE	2016_1784	M	CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	MORENO POZUELO PILAR	2016_0035		ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTMASTECTOMIA: INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION PARA PACIENTES Y FAMILIARES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	CAMPOS SANZ ASUNCION	2016_0631	M	ATUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I). FASE AGUDA INICIAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (UCI)	PAMPLONA CALEJERO ELENA	2016_0289	M	CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (UCI)	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2016_0977	M	ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL H NUESTYRA SEÑORA DE GRACIA. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (UNIDAD DE MAMA)	MOREO BERGADA PILAR	2016_0452	M	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (URGENCIAS)	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2016_0562	M	INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA: MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2016_0558	M	DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ANESTESIA Y REANIMACION)	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2016_0062	M	DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ANESTESIA Y REANIMACION)	BONO ARIÑO CARMEN	2016_1580	M	EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (BLOQUE QUIRURGICO)	TOLON SORO ESPERANZA	2016_0794	M	REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	DAGA CALEJERO BERTA	2016_0455		PROTOCOLIZACION Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE ESTIMULACION CARDIACA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	BIERGE VALERO DAVID	2016_0511		IMPLEMENTACION DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MULTIDISCIPLINAR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y	ESCARTIN VALDERRAMA JORGE	2016_0683	M	PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		APARATO DIGESTIVO)				
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA))	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2016_0720		EVALUACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	CASTAN BELLIDO LIDIA	2016_0227		CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. FUTURO DE LAS HERRAMIENTAS MULTIMEDIA EN EL ASESORAMIENTO DE LOS PACIENTES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MEJIA CASADO ANA	2016_0232	M	PREVENCIÓN DE LA SOBREUTILIZACIÓN DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	LAMBAN MASCARAY NOEMI	2016_0676		CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES QUE PRESENTAN HALLUX VALGUS O METATARSALGIA DESDE ATENCION PRIMARIA A TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GARCIA AGUILERA DAVID	2016_0786	M	CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. 2ARIA PARTE
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA	2016_1071		INSTAURACION PROTOCOLO " FAST-TRACK" EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (DERMATOLOGIA)	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2016_0623	M	SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (DIGESTIVO)	PARDILLOS TOME ANA	2016_0987	M	"ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION"
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA	2016_0809		EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN NUTRICION EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTENSIVA)	GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA	2016_0417	M	INSERCIÓN ECOGUIADA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR	2016_0578	M	GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOBA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	PASAMAR MILLAN BEATRIZ	2016_0632	M	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	SEVIL PURAS MARIA	2016_0677	M	INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	MATIA SANZ MARTA TERESA	2016_0813	M	ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	FITENI MERA ISABEL	2016_0990		PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MULTIDISCIPLINAR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	BERNAD USON MARIA ANTONIA	2016_0896	M	IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ASPIROZ SANCHO CARMEN	2016_1733	M	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	CABESTRE GARCIA ROBERTO	2016_0737	M	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	PEREZ GIMENEZ LAURA	2016_1470	M	PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL	2016_1471	M	PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR (CONTINUACION AG 2016)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL	2016_1475	M	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUROLOGIA)	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	2016_0344	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR ZARAGOZA I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUROLOGIA)	RIOS GOMEZ CONSUELO	2016_0995	M	MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	LABARTA VIÑALES CARMEN	2016_1785	M	PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PEDIATRIA)	CASTAN LARRAZ BEATRIZ	2016_0521	M	ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	SERRANO LAZARO ROGELIO	2016_0526	M	PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	ARILLA AGUILELLA ALFONSO	2016_0724		ELABORACION DE PROTOCOLO DE TEC DESDE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS Y AMBULATORIOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2016_1012	M	CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (QUIROFANOS)	CANO LAZARO RAQUEL	2016_0755	M	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (RADIODIAGNOSTICO)	GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER	2016_0443	M	ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (REHABILITACION)	RODRIGUEZ VICENTE MARIA CARMEN	2016_0561		BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOTERAPICO DE LA IMPLANTACION DEL PROTOCOLO FAST-TRACK PARA ARTROPLASTIA DE SUSTITUCION DE RODILLA O CADERA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (URGENCIAS)	ESCRICHE ROS ROCIO	2016_0070	M	AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (URGENCIAS)	BAGUENA GARCIA ALICIA	2016_0078	M	OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (URGENCIAS)	BALLESTIN SOROLLA SONIA SOFIA	2016_0747		OPTIMIZACION DEL MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEUMONIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (URGENCIAS)	VICENTE MOLINERO ANGEL	2016_0766		IDENTIFICACION DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS A TRAVES DE UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (URGENCIAS)	RUIZ OLIVARES ELISA	2016_0959		ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA DESDE URGENCIAS A LA CONDUCTA SUICIDA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (UROLOGIA)	RIHUETE CARO ELVIRA	2016_0544	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (UROLOGIA)	FANTOVA ALONSO ALBERTO	2016_0734		ELABORACION Y EVALUACION DE RECOMENDACIONES PARA BIOPSIAS DE PROSTATA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2016_0323	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2016_0453	M	PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	NABERAN TOÑA KARLOS	2016_1237	M	SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CEIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2016/2017
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	CALVO VERA JOSE JUAN	2016_1468	M	TALLER DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CASABLANCA	LOPEZ GASCA CARMEN MARIA	2016_1263		PROYECTO DE GESTION DE LOS ALMACENES DE FUNGIBLE EN EL CENTRO DE SALUD DE CASABLANCA DEL SECTOR Z2
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ARA MARTIN GEMA	2016_0666	M	CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001. EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ISAC ARREDONDO MARTA	2016_1270	M	TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ARA MARTIN GEMA	2016_1609	M	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA	2016_0332	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL CS FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MAHULEA MAHULEA LILIANA	2016_0630	M	OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE; LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2016_0071	M	EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE INHALADORES EN LOS PACIENTES EPOC
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	CANCER RABINAL LOURDES	2016_0251		NORMALIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y CONTROL DE ALMACÉN, BOTIQUÍN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASÍ COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN EN EL EAP PARQUE ROMA
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	COMPAIRED ARAGÜES VICENTE	2016_1289	M	REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES DE OMI) DE LOS PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA	2016_1382	M	GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2016_0038	M	DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN	2016_0247	M	DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2016
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	GRIMAL ALIACAR FERNANDO	2016_0380	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2016_0570	M	UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO ALMOZARA – CENTRO SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MARTES LOPEZ CARMEN	2016_0013	M	NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	M	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ARMALE CASADO MARIA JOSE	2016_0451	M	OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRÓNICAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MAGEN GARCIA ARACELI	2016_0870		NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	RODRIGUEZ POLA TAMARA	2016_0991	M	PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2016_1301	M	LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	CHUECA RODRIGUEZ CARMEN	2016_0512	M	GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN	2016_1361	M	REVISIONACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS EN EL C.S. REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	M	MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
						BARRIO
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR MARIA CARMEN	2016_1126	M	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	2016_0315	M	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PORTA QUINTANA JOSE	2016_0429		NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MARIA LUISA	2016_1400	M	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2016_0393	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	M	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE (SALUD BUCODENTAL)	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2016_0055	M	CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE (SALUD BUCODENTAL)	QUIRCE SANCHEZ SUSANA	2016_0056	M	PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE (TRABAJO SOCIAL)	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2016_0068	M	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	GARCES ROMERO CARMEN	2016_1104		MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	M	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2016_0778	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA	2016_0860	M	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	SORIANO LAMANA PILAR	2016_0960		MEJORA EN LA DERIVACION PREFERENTE A FISIOTERAPIA DE LOS PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN CS SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	NUIN CONS ELENA	2016_1075	M	ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2016_1567	M	CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PRODECIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA	2016_1074	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	TERUEL MAICAS ALICIA	2016_1551	M	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	M	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	RUIZ BARRANCO JESUS	2016_0409	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2016_1427	M	SALVACORAZONES. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL IES PABLO SERRANO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	OTEGUI ILARDUYA LUIS	2016_1428		PREVENCION SECUNDARIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	2016_0024	M	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	BALAGUE CLEMOS CONCEPCION	2016_1014		LA FAMILIA Y SU PAPEL EN LA FORMACION DE LOS HABITOS ALIMENTARIOS EN EL NIÑO
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VALTUEÑA CAMACHO MARTA	2016_1583	M	CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO - LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE	2016_1564	M	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2016_0459	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	JIMENEZ PEREZ EVA MARIA	2016_1323	M	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2016_1299	M	MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1409	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE VENECIA 2017
Z2	AP	CS VENECIA	GRACIA RUIZ DIANA	2016_1412	M	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	GONZALO PEÑA JORGE	2016_1486	M	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA	2016_0220	M	ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS EN EL SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2016_1534	M	MEJORA DEL REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1538	M	AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR	2016_1552	M	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2016_1719	M	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS	2016_1545	M	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2016_1598	M	MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA MARIA BELEN	2016_0308	M	REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA	2016_1539	M	ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE	2016_1591	M	MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA (NEUMOLOGIA)	ANORO ABENOZA LAURA	2016_0141	M	IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA (NEUMOLOGIA)	GOMEZ GONZALEZ CRISTINA	2016_0440	M	IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ADMISION Y DOCUMENTACION)	ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS	2016_0378		MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ADMISION Y DOCUMENTACION)	PEÑA OLLE CRISTINA	2016_0515		MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EXTENDER DICHA CERTIFICACION A NUEVOS PROCESOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ADMISION Y DOCUMENTACION)	MORELLI BENITEZ JUANA MARIA	2016_0605	M	CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ADMISION Y DOCUMENTACION)	GONZALEZ CANTALEJO MAR	2016_1059		EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA TRAS LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016 EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACION BIOMEDICA Y BIBLIOTECA DELHOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANATOMIA PATOLOGICA)	ALVAREZ ALEGRET RAMIRO	2016_1293	M	INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANATOMIA PATOLOGICA)	ROCHE LATASA ANA BELEN	2016_1588	M	PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF), EN EL Sº DE ANAT. PATOLOGICA, POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	HERRANZ ANDRES PILAR	2016_0058	M	MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	VALLES TORRES JORGE	2016_0097	M	OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	COLAS RODRIGUEZ ANA	2016_0267		IMPLANTACION DE LA ENTREGA AL PACIENTE DE UNA FICHA PARA LA RETIRADA/MODIFICACION DE SUS FARMACOS ANTIAGREGANTES/ANTICOAGULANTES ORALES EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y	MARTINEZ NUEZ SILVIA	2016_0268	M	REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		REANIMACION)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	M	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	RAMOS MORENO GONZALO	2016_0307		PROTOCOLO PARA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL Sº DE ANESTESIA, REANIMACION Y T. DEL DOLOR EN EL H MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMSZ). CONTINUACION (III)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	2016_0313		ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL EN LA UNIDAD DERECUPERACION POSTANESTESICA.(CONTINUACIÓN II)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	PEÑA DE BUEN NATALIA	2016_0392	M	MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	CARBONELL BERNAL ROBERTO	2016_0425	M	MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACIÓN)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	LAFUENTE OJEDA NOELIA	2016_0475		INFORMATIZACION DEL INFORME PERIOEPRATORIO EN REACCIONES ALERGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2016_0522	M	ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL H.U.M SERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA	2016_0624	M	BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO	2016_0865	M	CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	M	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	PORTERO LLORO LUIS PEDRO	2016_1028	M	INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2016_1032	M	REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN	2016_1039		OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	M	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	ASENSIO PARIS ANA	2016_1391	M	OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO	2016_1393	M	NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1394		PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO	2016_1272	M	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	SOGUERO VALENCIA IRENE	2016_1273	M	PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ASUNTOS GENERALES)	QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION	2016_1065		HACIA LA PROFESIONALIZACION DEL CELADOR. ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	SANCHEZ PARRILLA MARCELINO	2016_1031	M	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2016_1038	M	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUMS. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	M	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	GRACIA MATILLA ROSA	2016_1036	M	MEJORA DEL AREA DE PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	QUILEZ FRAJ ELISA	2016_0306	M	MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	LUIS LOBERA SARA	2016_0355	M	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2016_0356	M	HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	M	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2016_0263	M	VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	CALVO GALIANO NAIARA	2016_0405	M	CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	MORENO ESTEBAN EVA MARIA	2016_0438	M	DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	PEDRERA ROMAN VICTORIA	2016_0492	M	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	LOPEZ SANGÜESA DANIEL	2016_0546	M	PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	MARTINEZ SIMON MARIA ESTER	2016_0566	M	PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER	2016_0668	M	INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	DE CASAS HERRANDO NATALIA	2016_0940	M	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	MACIAS MARIN LAURA	2016_0945	M	IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE	2016_1042	M	IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA PEDIATRICA)	LOPEZ RAMON MARTA	2016_0067	M	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CELADORES/AS)	MARTIN PEREZ JESUS ALBERTO	2016_0915	M	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA CARDIOVASCULAR)	MATAMALA ADELL MARTA	2016_1494	M	OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MONZON ABAD ANDRES	2016_0584		CREACION EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO PARA SER CENTRO DE REFERENCIA DE ESTA PATOLOGIA EN LA C.A. DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MODREGO IRANZO DIANA	2016_0594	M	EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y	CASAMAYOR FRANCO MARIA CARMEN	2016_0926		PROTOCOLO DE TRATAMIENTO POSTOPERATORIO EN PACIENTES CON CIRUGIA POR CANCER DE MAMA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		APARATO DIGESTIVO)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO	2016_1387		CREACION DE UNA UNIDAD DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL ADSCRITA A LA UNIDAD DE CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA PERO MULTIDISCIPLINARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO	2016_1388		ACREDITACION DE GRUPO DE INVESTIGACION CONSOLIDADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL)	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2016_1729		COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL)	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2016_1730		ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL(AMPLIACION OBJETIVOS LINEA MEJORA 2016)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	M	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MATEO AGUDO JESUS JAVIER	2016_0181	M	VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2016_0236	M	PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	RODRIGUEZ VELA JAVIER	2016_0331		CREACION DEL GRUPO CLINICO DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO DEL ADULTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	M	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MARTINEZ DELGADO FERNANDO	2016_0688		SISTEMATIZACION DE LA MONITORIZACION DEL RESULTADO DEL PROCESO QUIRURGICO MEDIANTE LA INTRODUCCION DE FORMULARIOS DIGITALES EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	M	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MARTIN MARTINEZ ADRIAN	2016_0788	M	MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	CABALLERO BURBANO MARIA JESUS	2016_0805	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MARTIN HERNANDEZ CARLOS	2016_1401	M	PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_0114		PROYECTO DE CENTRALIZACION REGIONAL DE REIMPLANTES Y MANO CATASTROFICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	DELGADO MARTINEZ JULIO	2016_0386		CREAR UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE LA MANO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2016_0485	M	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	M	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA TORACICA)	POLO BERNE RAQUEL	2016_1350	M	ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BLANCO MANZANO NELIDA	2016_1365	M	VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		(CIRUGIA TORACICA)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CONSULTAS EXTERNAS)	MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION	2016_0387	M	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DERMATOLOGIA)	ZUBIRI ARA MARIA LUISA	2016_1790	M	TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	BUENO CAPAPE ELIA	2016_0172	M	GUIA DE RECAMBIO DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE AP
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	LAZARO RIOS MARIA	2016_0257	M	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	FRAGO LARRAMONA SANTIAGO	2016_0259	M	ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	LUZON SOLANAS LARA	2016_0260	M	INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	SIERRA MOROS EVA MARIA	2016_0287	M	IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	CORSINO ROCHE PILAR	2016_0833	M	INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	M	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL	2016_0866	M	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PROGRAMA DE TELEMEDICINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	GARCIA LOPEZ SANTIAGO	2016_0949		MEJORA DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, COORDINADA CON EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	GARCIA ROMERO RUTH	2016_1343	M	MEJORA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENT. AGUDAS Y PATOLOGIAS QUE REQUIEREN ANTIBIOTERAPIA ORAL, VISTAS EN URG. PEDIATRICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	GARCIA LOPEZ SANTIAGO	2016_1448		INCORPORACION DE ENFERMERIA ESPECIFICA PARA LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ELECTROMEDICINA)	LAIN MERCADAL JUAN	2016_0852	M	MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	2016_1134	M	FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	SANZ PARIS ALEJANDRO	2016_1405	M	VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	ACHA PEREZ JAVIER	2016_1410	M	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2016_0625	M	MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR	2016_0943	M	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_0969	M	MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	GIMENO BALLESTER VICENTE	2016_0979		CREACION DE UN ESPACIO WEB DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA	URIARTE PINTO MOISES	2016_1005	M	AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		HOSPITALARIA)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	2016_1057	M	AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	PALOMO PALOMO PABLO	2016_1083	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	LARRODE LECIÑENA ITZIAR	2016_1615	M	PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FORMACION)	GALVEZ ALVAREZ EVA	2016_0858	M	CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2016_1284	M	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	ESTEBAN GIMENO ANA BELEN	2016_1287	M	COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	DE RUEDA CILLER BEATRIZ	2016_0123	M	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DE HEMATOLOGÍA Y TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (ÁREA MÉDICA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA	2016_0128	M	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	RUBIO ESCUIN REBECA	2016_0490		EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO. MEDIDAS DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE VALORACION Y TTº DE LA DESNUTRICION. SEGUIMIENTO AMBULATORIO. HOSP.UNIVERSITARIO M SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2016_0535	M	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIAHOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	IBORRA MUÑOZ ANA	2016_0779	M	MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	SALVADOR OSUNA CARLOS	2016_0859	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PARRA SALINAS INGRID	2016_1002	M	MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO)	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2016_0576	M	PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA)	DE JUAN LADRON YOLANDA	2016_0285	M	MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HOSTELERIA)	PEREZ SALILLAS MARIA	2016_0060	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (INFORMATICA)	LOPEZ MERCADER ANTONIO	2016_0002	M	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA DEL TRABAJO)	DUEÑAS JOLLARD SANDRA	2016_1457	M	VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	2016_0020	M	EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	TEJADA ARTIGAS ANTONIO	2016_0985		MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	RUIZ AGUILAR ANTONIO	2016_0997	M	NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	TOMAS MARSILLA JOSE	2016_1305	M	PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		(MEDICINA INTENSIVA)	IGNACIO			
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2016_1307	M	UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	LORENTE CORTES JESUS	2016_1711		MEDIDAS PARA CONTROLAR NIVELES DE RUIDO EN LA UCI CORONARIA HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	M	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2016_1006		PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA NUCLEAR)	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2016_0552	M	INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS	2016_0891	M	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	M	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2016_0283	M	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SAHAGUN PAREJA JUAN	2016_0322	M	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ROC ALFARO MARIA LOURDES	2016_0351	M	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	2016_0384	M	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	FERRER CERON ISABEL	2016_0468	M	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMA ISO 15189 EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA	2016_0507	M	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). Sº MICROBIOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	VIÑUELAS BAYON JESUS	2016_0509	M	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	MARTIN SACO GLORIA	2016_0563	M	ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	PALACIAN RUIZ MARIA PILAR	2016_0572	M	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	REZUSTA LOPEZ ANTONIO	2016_0603	M	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	REVILLO PINILLA MARIA JOSE	2016_0685	M	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE	2016_0710		RACIONALIZACION DEL UROCULTIVO EN LA MUJER EMBARAZADA. MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVO, Sº DE MICROBIOLOGIA, H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	VILLUENDAS USON MARIA CRUZ	2016_0751	M	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y	MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA MARIA	2016_0761	M	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		PARASITOLOGIA)				ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	GARCIA LECHUZ MOYA JUAN MANUEL	2016_0889	M	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA	2016_0540	M	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	FERRER LOPEZ EMILIA	2016_0560	M	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	GUTIERREZ DALMAU ALEX	2016_1211	M	PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO	2016_1416	M	PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEONATOLOGIA)	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	M	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEONATOLOGIA)	ABENIA USON PILAR	2016_1769	M	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	VERA SOLSONA ELISABET	2016_0221	M	OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2016_0262	M	POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	GOMARA DE LA CAL SARA	2016_0298	M	EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2016_0333	M	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	FONDEVILA MONGE JUSTA	2016_0347	M	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº INTRAVENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	LEON SUBIAS ERICA	2016_0398		INSTAURACION DE BIOPSIA PLEURAL CERRADA CON TRUCUT BAJO CONTROL ECOGRAFICO EN EL DERRAME PLEURAL A ESTUDIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	HERRERO LABARGA MARIA INES	2016_0501	M	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	POLANCO ALONSO DINORA	2016_0618	M	PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO "STOP BANG" DE SCREENING DE APNEA DEL SUEÑO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	CARRIZO SIERRA SANTIAGO	2016_0961		PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON EXACERBACIONES FRECUENTES DE EPOC QUE REQUIEREN INGRESOS HOSPITALARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROCIRUGIA)	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	M	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROCIRUGIA)	GONZALEZ GARCIA LAURA	2016_0583	M	OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	HADDAD GARAY MARIA	2016_0876	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0921	M	UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	ARTAL ROY JORGE	2016_0144		PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS. NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2016_0340	M	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE DESINFECCIÓN DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_0391	M	MEJORAR LA INTERRELACIÓN PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_1431	M	SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BRUN VALVERDE ANA PILAR	2016_0228	M	ACTUALIZACIÓN DE POSTER SOBRE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN OBSTERTRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	OLIVAN LAMBEA CRISTINA	2016_0272	M	REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA	2016_0282	M	MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR	2016_0345	M	PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SAZ SIMON LAURA	2016_0376	M	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MARTI GAMBOA SABINA	2016_0423	M	ADECUACIÓN DE LA RECOGIDA DE GASOMETRÍA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACIÓN DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS	2016_0433	M	PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ANDRES OROS MARIA PILAR	2016_0445	M	IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GONZALEZ BALLANO ISABEL	2016_0493	M	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN GESTANTES CON SOSPECHA DE GRIPE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	TEJERO CABREJAS EVA LUCIA	2016_0580	M	ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGUEZ LAZARO LAURA	2016_0664	M	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VIÑERTA SERRANO ESTHER	2016_0703	M	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2016_0715	M	AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ADIEGO CALVO IGNACIO	2016_0725	M	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	JOSE GUTIERREZ YASMINA	2016_0750	M	PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PASCUAL MANCHO JARA	2016_0822	M	COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BOLEA TOBAJAS RAUL	2016_0828	M	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGUEZ LEON MARTA	2016_0836	M	PROTOCOLO ASISTENCIAL EN GESTANTES CON OBITO FETAL MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACION EN DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MARTINEZ SUÑER SILVIA	2016_0864	M	IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2016_0935	M	PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		GINECOLOGIA)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ROY RAMOS VIRGINIA	2016_0973	M	CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	YAGÜE MORENO HORTENSIA	2016_0974	M	REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	TOBIAS GONZALEZ PABLO	2016_0992		FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGO CONDE CESAR	2016_1021	M	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VICENTE GOMEZ ISABEL	2016_1022	M	ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DE SALUD DE ARAGON – ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	TEBAN PONCE MARIA VANESSA	2016_1025	M	MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	CALVO PEREZ PILAR	2016_0422		PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES EN CIRUGIA OFTALMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	SANCHEZ PEREZ ANTONIO	2016_1406	M	PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	ABADIA ALVAREZ BEATRIZ	2016_1407	M	PROTOCOLO DE ANTOAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE CATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA MEDICA)	ARTAL CORTES ANGEL	2016_0054		IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA MEDICA)	JORDAN BENAVENT MARIA JESUS	2016_0256	M	"SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS, EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA "HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA."
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA MEDICA)	ANTON TORRES ANTONIO	2016_1429		IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA MEDICA)	ANTON TORRES ANTONIO	2016_1430		UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2016_0296	M	MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	2016_0327	M	IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0593	M	MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ONCOLOGIA RADIOTERAPICA)	GARCIA GIMENO BLANCA	2016_0633	M	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	TERRE FALCON RAMON	2016_0824	M	PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	PEREZ DELGADO LAURA	2016_1268	M	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	FERNANDEZ LIESA RAFAEL	2016_1390	M	INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOG	FRAILE RODRIGO JESUS	2016_1392	M	PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DE TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		IA)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	VICENTE GONZALEZ EUGENIO	2016_1395	M	CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS RELIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO “AUDIONAUTAS”
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2016_1396	M	APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PARITORIOS)	HERNANDEZ PEREZ JAVIER	2016_0254	M	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PARITORIOS)	ROYO VIÑADO MARIA JESUS	2016_0419	M	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	AYERZA CASAS ARIADNA	2016_0017	M	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	FERRER LOZANO MARTA	2016_0167	M	CONSULTA ESPECIALIDADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	M	CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO	2016_0261	M	IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	BERENGUEL LOVACO RICHARD	2016_0301	M	CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO	2016_0571	M	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	MONGE GALINDO LORENA	2016_0598	M	LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA	2016_0857	M	MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	ROS ARNAL IGNACIO	2016_0931	M	PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	PINILLOS PISON RAQUEL	2016_0984	M	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO =A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O =A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	VAZQUEZ ARIZA JAVIER	2016_1017	M	MEJORA DE LA FORMACION EN TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	CAMPOS CALLEJA CARMEN	2016_1020	M	MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2016_1035	M	MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	GALVE PRADEL ZENAIDA	2016_1058		CRIBADO EPIDEMIOLOGICO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES MEDIANTE FROTIS RECTAL Y FARINGEO COMO MEDIDA DE PREVENCION DE LA INFECCION NOSOCOMIAL NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	M	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION	2016_0948	M	EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H. U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2016_1433	M	RIESGO CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	MORER BAMBA BARBARA	2016_0497	M	ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA	2016_0732	M	MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE SPIQUIATRIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		(PSIQUIATRIA)				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	SANZ SANZ HELENA	2016_1080	M	MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	PASCUAL GARCIA ASUNCION	2016_1436	M	ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	GRACIA GARCIA PATRICIA	2016_1449	M	PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	M	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	PEREZ POZA ALFONSO	2016_1472	M	DIAGRAMAS DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA I. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2016_1483	M	PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	ASENSIO MANERO CARMEN	2016_1513	M	CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (QUIROFANOS)	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2016_0025	M	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2016_0142	M	EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	M	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	BERNAL LAFUENTE CELIA	2016_0463	M	SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES (IMPLANTES COCLEARES. MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES…) FRENTE A RESONANCIA MAGNETICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	GRIMA GRIMA MARIA JOSE	2016_0539	M	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS	2016_0541	M	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	M	IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIODIAGNOSTICO)	MARTIN CUARTERO JOAQUIN	2016_0917	M	ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	GANDIA MARTINEZ ALMUDENA	2016_0913	M	SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	GANDIA MARTINEZ ALMUDENA	2016_1271	M	MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIA FISICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	RUEDA GORMEDINO PILAR	2016_0169	M	IMPLANTACION DEL METODO DE EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2016_0337	M	IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	M	CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA –ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	MARTITEGUI JIMENEZ ELENA	2016_0394	M	ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL	2016_0573	M	ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	TRIS ARA MARIA JOSE	2016_0741	M	REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	FERRANDO MARGELI MERCEDES	2016_0869	M	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VICENTE CARNICER MARIA	2016_0880	M	DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		(REHABILITACION)	ROSARIO			PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	GIMENO GONZALEZ MARINA	2016_0975	M	RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	MORATA CRESPO ANA BELEN	2016_1033	M	FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	VAZQUEZ GALEANO CARLOS	2016_0667	M	IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2016_1432	M	ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM). CANAL DE DERIVACION RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2016_1435	M	APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (TRABAJO SOCIAL)	BOROBIO LAZARO ALMUDENA	2016_0702	M	GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UCI)	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	M	UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UCI)	ARANDA MOLINOS OLGA MARIA	2016_0063		MONITARIZACIÓN Y SISTEMA DE ALERTA DE LAS COMPLICACIONES DEL SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UCI)	KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA	2016_0446	M	JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UCI)	SORIA IMAS JULIO	2016_0882		IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO PARA VERIFICAR LA CORRECTA UBICACION DE UNA SNG USANDO METODOLOGIA BASADA EN NUEVOS ESTUDIOS CIENTIFICOS, EN UCI POST CIRUGIA CARDIACA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UCI PEDIATRIA)	PALANCA ARIAS DANIEL	2016_0016	M	TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL	2016_0052	M	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA)	FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES	2016_0527	M	ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATO-GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2016_0255	M	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING	2016_0303	M	IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	BERNAL SEBASTIAN MARIA PILAR	2016_0349		PROYECTO DE MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ASISTENCIA DEL PACIENTE CON SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2016_0362	M	PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA	2016_0368	M	MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	CUADRA GIMENEZ PILAR	2016_0436	M	IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL	2016_0517		MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	LATORRE IZQUIERDO ANA MARIA	2016_0615		PROGRAMA DE FORMACION DE COMPETENCIAS COMUNES PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	HERRER CASTEJON ANA	2016_0643	M	ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS	2016_0678		ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION DE LAS ULCERAS FACIALES POR PRESION COMO MEDIDA DE MEJORA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR	2016_0695	M	ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	GROS BAÑERES BELEN	2016_0774	M	ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	GIMENEZ VALVERDE ANTONIO	2016_0808	M	RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	LOPEZ LOPEZ FERNANDO	2016_0818	M	ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UROLOGIA)	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	M	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UROLOGIA)	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	M	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UROLOGIA)	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_1260	M	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UROLOGIA)	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	M	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UVSS)	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2016_0946	M	VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ (RADIODIAGNOSTICO)	RAMO GARZA MANUEL	2016_0536		PRUEBAS DIAGNOSTICAS CONVENCIONALES CON EMPLEO DE RADIACIONES IONIZANTES. RECOMENDACIONES "NO HACER" PARA MEDICOS PRESCRIPTORES Y PACIENTES. (DO NOT DO)
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ (REHABILITACION)	GASPAR CALVO ELENA	2016_0202	M	DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ (SALUD BUCODENTAL)	TARRAGO GIL ROSA	2016_1064	M	PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)
Z3	AMB	USM DELICIAS (PSIQUIATRIA)	GIL HERNANDEZ NIEVES	2016_0567	M	ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS
Z3	AMB	USM DELICIAS (PSIQUIATRIA)	MORALES ROZAS ANA BELEN	2016_0569	M	ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIO-LABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS
Z3	AMB	USM DELICIAS (PSIQUIATRIA)	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2016_0781	M	PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE PILAR	2016_1070	M	OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS
Z3	AP	CS ALAGON	LUÑO GARCIA BENITO	2016_1340	M	CONSEJO SALUD
Z3	AP	CS ALAGON	EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA	2016_1378		EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES EPOC Y ASMATICOS ADULTOS
Z3	AP	CS ALAGON	ABELLO BLASCO PIEDAD	2016_1386		MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS
Z3	AP	CS ALAGON	MARTINEZ FRAILE PILAR	2016_1542	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA GOO.GL/XKBJ9J%
Z3	AP	CS ALAGON	AGREDA CASADO JUAN LUIS	2016_1637		GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS ALAGON	SANAGUSTIN RIAZUELO ALFONSO	2016_1677	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS BOMBARDA	OÑA RAMOS ANA	2016_1678	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2016_1625	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS. C.S. BOMBARDA
Z3	AP	CS BOMBARDA	LOBERA NAVAZ PILAR	2016_1633	M	APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2016_1645	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2016_1654	M	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA
Z3	AP	CS BOMBARDA	MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL	2016_1647	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA.ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA. CS BOMBARDA
Z3	AP	CS BORJA	GAYARRE JORGE RAIMUNDA	2016_1638	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS BORJA	PABLO OCON LUIS DANIEL	2016_1644		REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE ZONA DE BORJA
Z3	AP	CS BORJA	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	2016_1664	M	PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA
Z3	AP	CS BORJA	PABLO OCON LUIS DANIEL	2016_1680	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CARIÑENA	MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL	2016_0370	M	ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO
Z3	AP	CS CARIÑENA	LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA	2016_0659	M	ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN EL PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION
Z3	AP	CS CARIÑENA	MINGUEZ MARTIN CRISTINA	2016_1133	M	MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP	CS CARIÑENA	SAN MIGUEL ARBUES DOLORES EMILIA	2016_1627	M	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	SAN MIGUEL ARBUES DOLORES EMILIA	2016_1667	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CASETAS	PENON GIMENO ANA	2016_1686	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CASETAS	CAMATS FRANCO CARMEN	2016_1331	M	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES	2016_1641	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS CASETAS	CAMATS FRANCO CARMEN	2016_1648	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS (TRABAJO SOCIAL)	SANCHEZ MATEO OLGA	2016_1630	M	TALLER CUIDADORES. CUIDAR Y CUIDARSE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2016_1302	M	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	ALEGRE LOPERENA ANTONIO	2016_1332		GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES	2016_1362	M	EDUCACION MATERNA PRE-PARTO
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2016_1617	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	ALEGRE LOPERENA ANTONIO	2016_1631	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS.
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES	2016_1640	M	GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL	2016_0403	M	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GALINDO MORALES GEMA	2016_0430	M	PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2016_1415	M	PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2016_1636	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GONZALEZ RUBIO FRANCISCA	2016_1650	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL	2016_1662	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS DELICIAS SUR (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VAL LECHUZ BELEN	2016_1399	M	GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA EN DELICIAS-SUR
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	TENA DOMINGO IMMACULADA	2016_1385		MEJORA DE LA COMUNICACION CON LA COMUNIDAD Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE MATRONAS EN LA ZONA BASICA DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	BLASCO CASTELLO CONSUELO	2016_1547	M	PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S.DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2016_1622	M	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	AZNAREZ MARCO CARLOS	2016_1688	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2016_1705	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2016_1420	M	INSTRUCCION EN EL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA
Z3	AP	CS EPILA	GRACIA CERVERO ETHEL	2016_1421	M	INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS
Z3	AP	CS EPILA	SERRABLO REQUEJO SERGIO	2016_1682	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EPILA
Z3	AP	CS EPILA	SANCHEZ NUÑEZ JAVIER	2016_1685	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2016_1691	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2016_0204	M	REVISIÓN DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS
Z3	AP	CS GALLUR	CARCAS ESCALERA PILAR	2016_1661	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2016_1670	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	ESPINACH LOSADA ALICIA	2016_1687	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS GALLUR	CHICOTE ABADIA MARIA BEGOÑA	2016_1419	M	DIABETES Y COLEGIO
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	POLO PASCUAL MANUELA	2016_1560	M	REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BELLOSO ABAD ANA MARIA	2016_1357	M	EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGOJO ITOIZ PUY	2016_1358	M	OPTMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2016_1359	M	EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y NUTRICION PARA LA PREVENCION DE LA SALUD
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS	ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO	2016_1360	M	RCP/PRIMEROS AUXILIOS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		NAVARROS				
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGOJO ITOIZ PUY	2016_1529	M	TRABAJAR EL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2016_1533	M	REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	DUEÑAS AGULLO FRANCISCO	2016_1694	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BAYONESA BRUSEL MARIA JOSE	2016_1684	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2016_0681	M	ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DE REVISON Y MANTENIMIENTO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2016_0757	M	TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2016_1531	M	ATENCION AL TEMPORERO EN EL E.A.P. DE LA ALMUNIA EN COLABORACION CON ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2016_1540	M	PASEOS PARA UN CORAZON SANO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2016_1651	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP LA ALMUNIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2016_1700	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2016_0474	M	LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0673	M	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2016
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2016_1572	M	ATENCION PLENA: MILDFUTNES, RELAJACION
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CASAÑAL QUINTANA GONZALO	2016_1671	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	RUIZ GRIMA JUANA	2016_1681		GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUNES SABIRON ANA PILAR	2016_1692		GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CARA GRANADOS MARIA YOLANDA	2016_0105	M	MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2016_1568		PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2016_1336	M	RCP EN ESTUDIANTES DE 1º BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ISANTA POMAR CARLOS	2016_1672	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MIRALBUENO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2016_1695	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL MOSTEO MARIA JOSE	2016_1701	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS OLIVER	OLIVEROS BRIZ TERESA	2016_1306	M	RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2016_1320	M	PASEOS Y SALUD EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	VALIENTE LLORENTE BELEN	2016_1660	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS OLIVER	RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL	2016_1673	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO	2016_1689		GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN	2016_1372	M	CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	ALCOLADO ARANDA ANA MARIA	2016_1659	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS SADABA	ALCOLADO ARANDA ANA MARIA	2016_1674	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP SADABA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO MARIA PILAR	2016_1702		GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	POLANCO TAPIA MARIA DOLORES	2016_1658	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2016_1703	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS TARAZONA	GARCIA HUERTA EMILIA	2016_1624	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS TARAZONA	LATORRE ORTE PALOMA	2016_1424	M	REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE EL COLEGIO
Z3	AP	CS TARAZONA	RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA	2016_1434	M	UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA PILAR	2016_1618	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2016_1626	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS TARAZONA (SALUD BUCODENTAL)	MARTINEZ SANZ ELENA	2016_0543	M	LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL
Z3	AP	CS TARAZONA (SALUD BUCODENTAL)	MARTINEZ MARCO ESTRELLA	2016_1061	M	ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2016_0789	M	FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2016_0793	M	BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2016_1328	M	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2016_1334	M	PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2016_1675		ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	JACA PINZOLAS JUAN CARLOS	2016_1697	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MORATLLA LOPEZ MARIBEL	2016_1679		TODOS SABEMOS Y PODEMOS PINTAR
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	DIESTE AISA LUCIA	2016_0670	M	CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIEVANO SEGUNDO PAOLA	2016_0862		MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2016_1649	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2016_1666		ATENCION AL CUIDADOR DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2016_1676	M	CAMINANDO CON CORAZON
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	CARRIQUIRI MILIAN CARMEN	2016_1683	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2016_1690	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS UTEBO	GARVI SOLER PAULA	2016_1312	M	TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS
Z3	AP	CS UTEBO	BRUN ALONSO MARIA BELEN	2016_1619	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	LOU ARNAL SALVADOR	2016_1693		GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2016_1704	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2016_1707	M	ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2016_0291	M	MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE ESCALAS DEVALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARTOLOME LALANZA LUCIA	2016_0470	M	ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS. CS. VALDEFIERRO 2016
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2016_0516	M	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2016_1620	M	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2016_1642	M	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS	2016_1657	M	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	ROYO SARTO ANGEL	2016_1112	M	LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2016_1114	M	CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2016_1118	M	GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2016_1119	M	CONTROL Y GESTION DEL BOTIQUIN, MALETIN Y EQUIPAMIENTO LA SALA DE URGENCIAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2016_1120	M	HIGIENE DE MANOS
Z3	AP	ESAD ZARAGOZA 3 (ESAD)	AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA	2016_0733	M	CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (CARDIOLOGIA)	PINILLA LOZANO MARIA JESUS	2016_0885	M	EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (CONSULTAS EXTERNAS)	RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ	2016_0912	M	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CITAS EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA EN EL C.S. CINCO VILLAS
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (MEDICINA INTERNA)	OLIVAN USIETO MARIA TERESA	2016_0796	M	MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN EL AREA DE LAS CINCO VILLAS DE ZARAGOZA, MEDIANTE INTERCONSULTA Y SESION CLINICA PRESENCIAL
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (URGENCIAS)	TRENC ESPAÑOL PATRICIA	2016_0831	M	MEJORA DEL BOTIQUIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS, EJEA PARA OPTIMIZAR LA ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR (PSIQUIATRIA)	MIR FERNANDEZ MARIA CRISTINA	2016_0319	M	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIAS Y SUSARIOS DEL CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ALERGOLOGIA)	GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR	2016_0627	M	ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO	2016_0312	M	TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	SOTA OCHOA PATRICIA	2016_0325	M	MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO	2016_0326	M	PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS NO FIJADAS PARA UN ÓPTIMO TALLAJE Y DIAGNÓSTICO POSTERIOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	RAMIREZ GASCA MARIA TERESA	2016_0358	M	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2016_0363	M	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	MARTA CASANOVA CARLO BRUNO	2016_0364	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	ANOZ CARBONELL ELISABETH	2016_0448	M	DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	FLORIA TRUC LIDIA	2016_0500	M	ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES /BLOQUES / PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	MEJIA URBAEZ ELAINE	2016_0506	M	PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	FELIPO BERLANGA FRANCISCO JOSE	2016_0514	M	GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	CARDIEL GARCIA MARIA JOSE	2016_0672	M	ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CANCER DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	FERRER FERRER MARTA LUCIA	2016_0091	M	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TECNICAS ECOGUIADAS DE ANESTESIA/ANALGESIA LOCORREGIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	LONGAS VALIEN JAVIER	2016_0133	M	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	MURILLO PINA RAQUEL	2016_0233	M	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MÁS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA?
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL	2016_0444		INFORMACION E INSTRUCCIONES AL PACIENTE DE EDAD AVANZADA EN CONSULTA DE ANESTESIA DE CATARATAS: UNA HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR AL PACIENTE Y EVITAR CANCELACIONES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GASCA ANDREU OLGA	2016_0937	M	PROTOCOLIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE DOLOR DEL H.C.U. "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GUILLEN ANTON JULIA	2016_1643	M	OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADAANTES DE FINALIZAR LA GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2016_1663	M	MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	FERRER FERRER MARTA LUCIA	2016_1699		CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GARCIA LECINA ANA CRISTINA	2016_1706		ELABORACION DE FOLLETO INFORMATIVO ACERCA DE LA LABOR ASISTENCIAL DEL ANESTESIOLOGO EN QUIROFANO DIRIGIDO A PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	GRIMA LAENCINA GEMA	2016_1753	M	MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2016_0200	M	IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	RUIZ BUDRIA JOSE	2016_0611	M	GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO	2016_0466	M	VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO ENPACIENTES INGRESADOS POR ICTUS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	REVILLA MARTI PABLO	2016_0790	M	GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ROYO DACHARY PABLO	2016_0140	M	ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MARTINEZ GUILLEN JOSE	2016_0198	M	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SOLER LANZUELA FRANCISCO	2016_0341	M	CREACIÓN DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICIÓN DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA	2016_0597	M	PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	PALACIOS FANLO MARIA JOSE	2016_0728	M	OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2016_0754	M	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	LAMATA DE LA ORDEN LAURA	2016_0838	M	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	PALACIOS GASOS PILAR	2016_0895	M	ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y	NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA	2016_1085	M	PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		APARATO DIGESTIVO)				NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ALBAREDA ALBAREDA JORGE	2016_0168	M	PROGRAMACION QUIRURGICA INFORMATIZADA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CIRUGIA ORTOPEDICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	HERRERA SERRANO ANA ISABEL	2016_0170	M	MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	SERAL GARCIA BELEN	2016_0218	M	PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER	2016_0237	M	HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	BLANCO RUBIO NIEVES	2016_0239	M	LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	REMACHA TOMEY BEGOÑA	2016_0294		DOSSIER "GUIA PRACTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN	2016_0568	M	OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	MILLASTRE BOCOS JUDITH	2016_0783		CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIRECCION)	JASA ARDANAZ VICENTE	2016_1757	M	UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIRECCION)	GUTIERREZ CIA ISABEL	2016_1758	M	ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA	2016_0722	M	PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE D.U.E. EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO “LOZANO BLESA”
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION	2016_0484	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GIMENO GRACIA MERCEDES	2016_0586	M	VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	BONAGA SERRANO BEATRIZ	2016_0748	M	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	PUERTOLAS TENA ISABEL	2016_0911	M	MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO	2016_0933	M	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FORMACION)	CHARLO BERNARDOS MARTA	2016_1652	M	GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (GESTION DE CASOS)	MONCHE PALACIN ANA MARIA	2016_0210	M	INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	OLAVE RUBIO MARIA TERESA	2016_1034	M	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (LABORATORIO)	LOPEZ ALCUTEN FRANCISCO	2016_0661		INCLUSION DEL CALCULO DE PAO2/FIO2 Y VALORACION DE LA MEJORA TRAS LA INCORPORACION DE LA FIO2 EN LAS GASOMETRIAS ARTERIALES CON EL NUEVO VOLANTE DEL LABORATORIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA DEL TRABAJO)	INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION	2016_0434	M	MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	DIAZ MELE MARIA CARMEN	2016_0003	M	CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS	2016_0729	M	ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER	2016_0744		SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UCIS HCULB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE	2016_0030	M	IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	BURILLO FUERTES PILAR	2016_0258	M	ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO.ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	GARCIA BAUTISTA MARIA PAZ	2016_0910		MEJORA DEL METODO INFORMATIVO A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO	2016_0983	M	IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2016_1011	M	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	MARIN BALLVE ADELA	2016_1023		SISTEMA DE IDENTIFICACION PRECOZ Y REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS GRAVES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLOGICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2016_0273	M	ACTUALIZACIOM DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SERAL GARCIA CRISTINA	2016_0602	M	IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTESCOLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)(PROYECTO RESISTENCIA ZERO)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIRUGIA)	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2016_0338	M	EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELÍACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	M	VALORACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO EN LA CIRUGÍA DEL TIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	MONTES PEÑA VIZMARY	2016_0450	M	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	PEREZ LAZARO CRISTINA	2016_0244	M	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	OROS LOPEZ DANIEL	2016_0034	M	MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	REPOLLES LASHERAS SIRA	2016_0187	M	REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA III DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA	2016_0269	M	PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MORENO LAMANA VIRGINIA	2016_0275	M	PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN	2016_0339	M	DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA	2016_0426	M	VIA CLINICA DE PARTO NORMAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BESCOS SANTANA ELENA	2016_0478	M	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y	LERMA PUERTAS DIEGO	2016_0547		IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL TRANSCERVICAL PARA ESTUDIO GENETICO MUY PRECOZ (ANTES DE LA SEMANA 14) EN GESTANTES DE ALTO RIESGO DE ANOMALIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		GINECOLOGIA)				CROMOSOMICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MORENO ROMEA ESTHER	2016_0768		MEJORA EN EL MANEJO E INFORMACION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA FETAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	NASSAR MELIC NADIA	2016_0771	M	INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MACHIN RICOL MARIA PILAR	2016_0816	M	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BOILLOS CALVO MARIA JOSE	2016_0843	M	APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA	2016_0918		PUESTA EN MARCHA DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIAD DE OBSTETRICIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	2016_0958		INCORPORACION DEL CULTIVO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO AL CRIBADO DE CANCER DE CUELLO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GASCON MAS ELENA	2016_0982	M	SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	MATEO GABAS JAVIER	2016_1623		ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DE ANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2016_1639	M	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	CASAS PASCUAL PAULA	2016_1669	M	USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	ESTEBAN FLORIA OLIVIA	2016_1696	M	USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ONCOLOGIA MEDICA)	RAMOS FERNANDEZ MARTA	2016_0188	M	PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ONCOLOGIA MEDICA)	PERIBAÑEZ GAIRIN ANTONIA	2016_0498	M	MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	AGREDA MORENO BEATRIZ	2016_0240	M	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	GONZALEZ GARCIA GONZALO	2016_0616	M	REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	MUÑOZ JALLE ELENA	2016_0621		IMPLEMENTACION DE HORARIO DE CONSULTA TELEFONICA EN CONSULTAS DE NEUROPEDIATRIA EN HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	REVILLA PEIRO BELEN	2016_0532	M	PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, DESEMPEÑADO POR TCAES Y ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN S.MENTAL. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	IRIGOYEN RECALDE ISABEL	2016_0628	M	CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PSIQUIATRIA)	QUEROL NASARRE AURORA	2016_0691	M	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	ARIÑO GALVE IGNACIO	2016_0529		RADIODIAGNOSTICO EN EL APARATO LOCOMOTOR. METODO DE PRIORIZACION, PROTOCOLOS DE EXAMEN Y MODELOS DE INFORME DE NORMALIDAD EN LAS PETICIONES MAS HABITUALES DE LAS MODALIDADES DE RX Y RM
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	RODRIGUEZ TORRES CRISTINA	2016_0579	M	ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2016_0764	M	IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO	ESTEBAN CUESTA HELENA	2016_0810	M	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
		UNIVERSITARIO				HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	DOMENE MOROS RUTH	2016_0839		JUSTIFICACION Y NECESIDAD DE UNA CONSULTA RADIOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE	2016_0881	M	PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO	2016_0957		GUIA PRACTICA DE SEGURIDAD EN RESONANCIA MAGNETICA PARA PACIENTES Y PERSONAL ASISTENCIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	PINTADO RIVAS MARIA PILAR	2016_0981		ADECUACION DE LA ACTUACION ANTE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES	2016_0107	M	DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	ORTEGA PARDINA PABLO	2016_0132	M	CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2016_0171	M	SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	REGLA RAUFAST ANA JESUS	2016_0196	M	MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANO BLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2016_0222	M	MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA	2016_0706	M	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O FACTORES DE RIESGO NEUROLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	VILLARREAL SALCEDO ISABEL	2016_0735	M	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2016_0903		ACCION DE MEJORA EN ESCOLIOSIS Y CIFOSIS INFANTIL MEDIANTE LA COORDINACION INTERDISCIPLINAR DE LOS SERVICIOS DE TRAUMATOLOGIA Y REHABILITACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	ROYO PUERTO MILAGROS	2016_0525	M	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	LUQUE GOMEZ PILAR	2016_0587	M	PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	SANCHEZ DONOSO NURIA	2016_0769	M	PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	MOZOTA DUARTE JULIAN	2016_1754	M	DAÑO CERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	PEÑA JIMENEZ TASIO	2016_0127	M	CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO	2016_0158	M	ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO	2016_0209		USO RACIONAL DE EXPANSORES DE PLASMA EN PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA PARACENTESIS EVACUADORA EN URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE	2016_0554		BIOMARCADORES DE RESPUESTA INFLAMATORIA E INFECCION EN PACIENTES CON PATOLOGIA INFECCIOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN	2016_0767	M	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	VALIENTE MARTINEZ CAROLINA	2016_0845	M	PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	MONZON ALEBESQUE FRANCISCO	2016_0359	M	APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TEAPEUTICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	UCAR TERREN ALBERTO	2016_0360	M	PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CONSERVACIO/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	MURILLO PEREZ CARLOS	2016_0418	M	VIGILANCIA ACTIVA (V.A.) EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO (CVNMI) DE BAJO GRADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	AMBROJ NAVARRO CARMEN	2016_0441	M	IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	TIMON GARCIA ALEJANDRO	2016_0442	M	HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	SUBIRA RIOS JORGE	2016_0588	M	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	GARCIA CABELLO CELIA	2016_0590	M	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	HIJAZO GASCON DANIEL	2016_0745	M	BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	BLASCO BELTRAN BENJAMIN	2016_0773	M	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	CAPAPE POVES VICTORIA	2016_0964		MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	PLAZA ALONSO CRISTINA	2016_1024	M	GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	TABUENCA FERRER JESUS LUIS	2016_1196	M	MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	DE LA OSA FONDON JUAN JOSE	2016_1197	M	MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2016_1198	M	FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2016_1220	M	MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS
CA	AP	CS ARIZA	BENDICHO ROJO CESAR	2016_1221		SIENTO, PIENSO, ESCUCHO Y ACTUO
CA	AP	CS ARIZA	NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA	2016_1456	M	DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ATECA	DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO	2016_1046	M	WEBLOG CENTRO DE SALUD ATECA: HERRAMIENTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES PARA CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS
CA	AP	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2016_1226	M	CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE LOS CONSULTORIOS LOCALES
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	M	INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO	2016_1229	M	CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2016_0608	M	IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA	2016_0657	M	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO “SALUD EN LA ESCUELA”
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ GABAS MARIA LUISA	2016_0825	M	FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	GARCIA TENORIO ANDRES	2016_1165	M	MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2016_1166	M	MEJORA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRODEL DIAGNOSTICO ENFERMERO, LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PONCE LAZARO MARIA JOSE	2016_1167	M	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE (SALUD BUCODENTAL)	PEREZ TORNOS MARIA CARMEN	2016_0399		EDUCACION DE SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE (SALUD BUCODENTAL)	PEREZ TORNOS MARIA CARMEN	2016_1739	M	EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	PARRILLA GIL MARIA JOSE	2016_0815	M	FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO “SALUD EN LA ESCUELA”
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2016_1230	M	DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14–18 AÑOS ADSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN	2016_1234	M	PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2016_1235	M	GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2016_1245	M	IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR
CA	AP	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2016_0821	M	PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA
CA	AP	CS DAROCA	BES FRANCO ANGEL	2016_1151	M	PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES (%)
CA	AP	CS DAROCA	GARCIA TEJEDOR ANTONIO	2016_1152	M	PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO (%)
CA	AP	CS DAROCA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2016_1153	M	PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DEULCERACION EN EL ULTIMO AÑO
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	M	IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
CA	AP	CS ILLUECA	BENITO LOPEZ ANA MILAGROS	2016_1232	M	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	M	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	CEBOLLA POLA MARCOS	2016_0065	M	MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GONZALVO SANCHEZ PASCUAL	2016_1218	M	NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARTI GUILLEN LOURDES	2016_1256	M	REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS, POR ENFERMERIA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GISTAS QUILEZ MARIA PILAR	2016_1374	M	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1375	M	CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS SAVIÑAN	HUERTAS BADOS MARIA LUISA	2016_0152	M	PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2016_0153	M	MEJORA EN LA FORMACION DE LOS MIEMBROS DEL EAP SABIÑAN PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP)
CA	AP	CS SAVIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	M	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SAVIÑAN	HUERTAS BADOS MARIA LUISA	2016_1157	M	MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2016_1158	M	MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC
CA	AP	CS SAVIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	M	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL	2016_1264		EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2016_1265	M	REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ABELLO GIRALDEZ EDUARDO	2016_1266	M	REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS > DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	M	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1102	M	PROCESOS ESTANDARIZADOS DE INTERCONSULTAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1103		CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2016_1105	M	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL SINDROME DEL PIE DIABETICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ANALISIS CLINICOS)	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2016_0712	M	MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ANALISIS CLINICOS)	GAMERO VILLARROEL CARMEN	2016_0721	M	MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ANESTESIA Y REANIMACION)	MOLODEZKY HORTT MAURICIO	2016_0279	M	ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CARDIOLOGIA)	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2016_1131	M	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	PALACIO BARRABES JESSICA	2016_0988	M	CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO	2016_0100	M	CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO)	VALLEJO GUERRERO ASCENSION	2016_0104	M	ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (NEUROLOGIA)	PALACIN LARROY MARTA	2016_0305	M	PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	GARCIA SIMON RAQUEL	2016_0713		DISEÑO E IMPLANTACION DE UN ALGORITMO DE DECISION ANTE LA CONSULTA DE UNA GESTANTE CON HEMORRAGIA VAGINAL EN URGENCIAS GENERALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (PEDIATRIA)	GALLEGO VELA SANTIAGO	2016_0701		MANEJO DE FARMACOS EN PATOLOGIA RESPIRATORIA PEDIATRICA EN URGENCIAS. BRONQUITIS, BRONQUIOLITIS Y ASMA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (QUIROFANOS)	JIMENEZ IHUARBEN CARMEN	2016_0389	M	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (UCE (CUIDADOS ESPECIALES))	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	M	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2016_0120	M	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	MEDINA SAINZ CAROLA	2016_0589		PLAN DE ATENCION AL PACIENTE CON ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	M	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	MONTESA LOU CRISTINA	2016_1041	M	INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2016_1132	M	MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (UROLOGIA)	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	2016_1067	M	PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PROYECTOS SELECCIONADOS PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLINICA Y CONTRATOS PROGRAMA DE 2017

(Actualizado el lunes 2 de abril de 2018 a las 14:50:10 horas)

061 ARAGON

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Mm	Título
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (UME FRAGA)	PALOU PAPASEIT BLANCA	2016_0694	M	ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	GIMENEZ BLASCO NATALIA	2016_0231	M	DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO EN CUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	MAINAR GOMEZ BELEN	2016_0534	M	MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	LAGUNAS PARDOS DIEGO	2016_1380	M	GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	VILLELLAS AGUILAR IGNACIO	2016_1381	M	ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	ANTON RAMAS ROBERTO	2016_1383	M	MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

Proyecto: 2016_0145 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION E IMPLEMENTACION DE HABLIDADES DE AFRONTAMIENTO EN LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS EN LA ETAPA DE EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

2. RESPONSABLE ..... JULIA VIAPLANA JAIME
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... USM PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS PIRINEOS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CARCELLER TEJEDOR AMAYA. PIR. USM PIRINEOS. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
-Conocer los aspectos emocionales más frecuentes asociados a los cambios que tienen lugar en estas etapas
- Mejorar el manejo del impacto emocional de estos cambios.
- Detección precoz de los posibles síntomas psicopatológicos asociados este momento vital.
- Facilitar la petición de ayuda especializada en caso de que fuera preciso
- Incremento de la calidad de vida de la mujer, la pareja y de recien nacido

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Asistencia, implicación, participación activa en la actividad educativa tanto de la embarazada como de la pareja

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1:- Puesta en comun de la información, conocimeintos previos y de las cuestiones más relevantes que preocipan a las embarazadas y a sus parejas en esta etapa
2.- Sesión formativa/ informativa con apoyo de medios informáticos
3.- Fomento de la participación activa y técnicas de dinámica grupal
4.- Evaluación de la actividad a través de una sencilla encuesta que hemos elaborado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1:- Número de asiententes
2.- Evaluación de la actividad a través de una sencilla encuesta que hemos elaborado. Encuesta de Satisfaccion

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Sesion bimensual, durante un año, incluida en el Programa de Educación Maternaldel Servicio de Enfermería Obstetrico- Ginecológica del Centro de Salud Pirineos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN LA ACTUACION DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL C.S. ALMUDEVAR (HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO MARIN PRADOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El planteamiento de este proyecto nace de la necesidad de revisar, actualizar, y en caso necesario desarrollar, los protocolos de asistencia en Atención Continuada. Se busca también detectar las necesidades de reciclaje en técnicas y procedimientos por parte del personal.
Como bjetivo marco del proyecto está el de prestar una asistencia con los máximos niveles de calidad y eficacia buscando a la vez la máxima eficiencia en el uso de los medios, materiales y humanos, disponibles

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dentro del marco de los objetivos generales expresados en el apartado anterior, podemos indicar como objetivos principales:

Revisar y actualizar los protocolos utilizados en la actuación del Servicio de Atención Continuada C.S. Almudévar (Huesca).

Plantear la creación de protocolos que no existan en la actualidad para determinadas actuaciones.

Planificar la actuación durante todo el proceso de atención al paciente/cliente.

Y como objetivos más concretos podemos expresar los siguientes:

Mejora en la asistencia.

Racionalización en el uso de los medios disponibles.

Eliminación de posibles puntos débiles.

Establecimiento de una actuación protocolizada que unifique las intervenciones y facilite tanto la labor del personal continuo como la del personal eventual.

Mejora el concepto sobre el servicio dado/recibido de clientes y profesionales.

Establecer rutinas de formación, actualización y prácticas sobre técnicas (soporte vital, uso de determinado material, etc) dentro de la actividad del personal.

Mejorar la compenetración en el trabajo conjunto Médico/Enfermera

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dependiendo de la disponibilidad de determinados medios, meteriales y humanos, las actividades planteadas serían las siguientes.

Encuestas
Revisión de protocolos existentes
Revisión estadística
Revisión nuevos protocolos internacionales
Prácticas
Recogida de ideas
Adecuación y reorganización de medios.
Posters
Charlas
Sesiones clínicas
Artículo o trabajos monográficos
Creación de un manual interno
Creación de un manual de protocolos o actuación clínica
Educación sanitaria a profesionales y receptores de la tención
Publicidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se realizará a través de alguna de las actividades propuestas como, reuniones para aporte de ideas, revisión de los protocolos, revisión de la normativa e indicaciones internacionales sobre protocolos. Estudio de la idiosincrasia del Centro de Aludevar.
Encuestas

Proyecto: 2016_1244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN LA ACTUACION DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL C.S. ALMUDEVAR (HUESCA)

Cumplimiento de plazos del proyecto, evaluación del funcionamiento e integración el el equipo de las modificaciones generadas en los protocolos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Septiembre 2017
Fecha de control: Diciembre 2017 y Junio 2018
Duración aproximada: 18 meses
Instauración de protocolos progresiva previo consenso y publicidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atencion Continuada. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1738 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZUBIAUZ PEREZ JOSE. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· CERDAN LANERO CRISTINA. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ IZARBEZ MAR. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· BOSQUE GARCIA LAURA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA NOCITO LOURDES. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ATARES OTIN PAZ. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1738 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismo (Caídas/Contusión)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORREL MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BALAGUER FRANCISCO. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO ALVAREZ BELEN. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MALO GRACIA MARIA ELENA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MONTORI TORRIJOS SARA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

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

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

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

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

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

Detectar una vez al año:

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22

Proyecto: 2016_1278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

de Mayo.
2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de MAyo
3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio
4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.Responsable: coordinador del mismo.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAZARO BALAGUER FRANCISCO. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO ALVAREZ BELEN. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MARCO AGUADO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· SANZ JACA AURORA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· LANZAROTE NASARRE LOURDES. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· PELEATO LOPEZ OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Proyecto: 2016_1279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

- Ligar cada fármaco que toma el paciente a la patología que trata.
- Replantear el plan terapéutico

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores y cómo realizar registro en OMI. Criterios a establecer en cada una de las visitas y revisiones a realizar. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.
2) Sesión clínica sobre Criterios STOPP/START. Criterios Beers. Escalas riesgo anticolinérgico. Responsable: Mª Ángeles Marco Aguado. Fecha prevista 12 de Junio,
3) Sesión sobre manejo de escalas, registro en OMI, y BOT-SALUD. Responsable: Mª Ángeles MArco Aguado. Fecha prevista: 19 de Junio.
4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Polimedicado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO AGUADO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO ALVAREZ BELEN. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MONTORI TORRIJOS SARA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· SANZ JACA AURORA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· BORREL MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación Comunitaria.
-Creación de una Agenda Comunitaria.
-Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona.

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención Comunitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0028 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ASCASO CASTAN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº talleres programados/nº talleres realizados >80%

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1246 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ASCASO CASTAN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

Proyecto: 2016_1246 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1248 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ARNAL BARRIO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

- Nº pacientes detectado con CCR / población diana > 1

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1248 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2016_1200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

2. RESPONSABLE ..... OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· SALCEDO GIL SOLEDAD. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· MORALES LUMBRERAS CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas. Las intervenciones estan dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación,posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos precritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de loscambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.
Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras.Encuesta de satisfacción.
Evaluación durante el mes de noviembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1201 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES BOBE PELLICER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO LACASTA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCON PRIMARIA
· MORALES LUMBRERAS CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación de la DMNP en las todas las agendas de medicina/pediatria y enfermeria/matrona del CSalud, basado en las indicaciones del "Plan Estrategico del Ministerio de Sanidad para la mejora de Atencion Primaria en España 2007-2012"con el objetivo de :mejorar el acceso del usuario a los servicios sanitarios evitando desplazamientos innecesarios y favorecer el trabajo de los profesionales.
Dado que la consulta teléfonica es un acto clínico y por tanto con posibles efectos médico-legales,es necesario contar con el consentimiento del paciente o tutor legal.
Hemos detectado la baja cobertura de los CI en este momento y las dificultades para su elaboración.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poblacion diana:
Todos los usuarios con cobertura en el CSalud,incluyendo la población pediatrica y las usuarias del servicio de matrona.
En el caso de menores los tutores legales.
Objetivos:
Que durante el tiempo de diseño del proyecto el 90% de los pacientes que hayan solicitado una consulta DMNP tengan cumplimentado el consentimiento informado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Reunión con el Servicio Admision y EAP para informar del proyecto.
2) Revision de la documentacion :
"Proyecto de Gestion de MNP en CS urbanos de Huesca".
Documento para la firma del Consentimiento informado.PO-09_HU(P)E.
Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud.
3)Crear un archivo especifico en Admision con los CI firmados y por orden de fecha de registro.
4) Registrar e informar en la parte de "observaciones" y " flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado,para el conocimiento entre los diferentes profesionales.
5) Dar informacion a los usuarios: consulta medicina/enfermeria/pediatria /matrona y servicio admision cuando se programe o se cite una consulta no presencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Indicadores:

nº pacientes con CI firmado y registrado /nº consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

2) Medicion de indicador con perioricidad trimestral.

3) Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado.Diciembre 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) La duracion del proyecto se hara a un año.
2) Cronograma:
- Documentacion e información dentro del CSalud en Junio 2017 .
-Potenciar la informacion en consulta/admision y carteles informativos Julio y Agosto 2017.
- Iniciar la medición de indicadores en Enero 2018
-Finalizacion:en Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1201 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Accesibilidad del usuario en Atencion Primaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLORO LLORO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· ACIN SAMPIETRO ANA MARIA. MEDICO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· BELLES LLERDA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· TORRERO BESCOS YOLANDA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· CORVINOS LOSCERTALES MONICA. MEDICO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· DE LOPE ROMEO MARIA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN BELIO MARIA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población.
El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca).
En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados.
Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo.
Este proyecto tratará de implementar el subproceso “diagnóstico precoz de EPOC” expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo.
De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometria (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirómetrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1 Prevalencia EPOC:
- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
El estándar que se espera alcanzar es del 3%
2 Detección tabaco:
-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
- Denominador Población asignada >= 15 años
El estándar que se espera alcanzar es del 80%.
Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cmcronicos en el apartado Acuerdo de gestión
Además incluimos el siguiente indicador:
3 Espirometrias Tabaco:
- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años
El estándar que se espera alcanzar es del 60%
Fuente: OMI

Proyecto: 2016_1231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio: Marzo 2017
Fecha de finalización: Diciembre 2017
Cronograma:
Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.
Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y Septiembre-Diciembre 2017 *
Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017
Evaluación Final Enero 2018
* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM CABELLUD LASIERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAVIN ANGLADA NATIVIDAD. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· LAFRAGÜETA PUENTE BELEN. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· PUY CABREO ALICIA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán chralas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población en general y pacientes crónicos y polimedicados en particular
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0354 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

2. RESPONSABLE ..... ADELA VAZQUEZ ECHEVARRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DEL CASTILLO DANIEL. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· GAVIN BLASCO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· ZUBIAURRE BASSAS PILAR. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· TORRERO BESCOS SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HECHO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MONTON AGUARON NOELIA. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El problema se detecto en la revisón del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas, principalmente en pacientes polimedicados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise alguan modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un MAPA a toda la población diana
Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermeria, Admisión, y Atención continuada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana

Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo
Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo,en los 3 cupos

Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones
Junio 2017 Finalizacion del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso racional del medicamento

Proyecto: 2016_1139 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA MOVILIZACION DE COLUMNA CERVICAL Y EXTREMIDADES SUPERIORES

2. RESPONSABLE ..... PILAR ZUBIAURRE BASSAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAVIN BLASCO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado un numero elevado de personas que manifiestan molestias articulares y limitación de movilidad de extremidades superiores. Aprovechando esta situación y de cara a la socialización de las personas mayores, se decide organizar un taller de educación grupal para realizar y enseñar ejercicios físicos de columna cervical y cintura escapular

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Enseñar ejercicios físicos de columna cervical y extremidades superiores con el fin de aumentar la movilidad articular, disminuir el dolor y potenciar el encuentro entre pacientes aumentando su socialización y calidad de vida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ofrecerá el taller a la población adulta de 70 a 80 años.
Hemos tenido en cuenta que son la edad más frecuentadora y con más incidencias de patología osteoarticular
La asistencia será voluntaria y se comunicara atraves de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando dia y hora .
Se realizara un encuentro trimestral en los consultorios de Hecho Y Anso, ofreciéndolos a todas las localidades de la zona e salud
Lo dirigirá el personal de enfermeria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº pacientes asistentes en Hecho /población de 70-80 años
Nº pacientes asistentes en Anso/población de 70-80 años

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El 1º taller en el 1º trimestre 2017
El 2º y 3º taller en los trimestres correspondientes
El 4º taller, en el ultimo trimestre del año se finalizará y evaluaremos los resultados

9. OBSERVACIONES.
Estará dirigido a un grupo entre 10-15 personas por taller
En caso de mayor afluencia se repetiría el taller

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1140 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO CASADO ORTIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DEL CASTILLO DANIEL. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· GAVIN BLASCO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· ZUBIAURRE BASSAS PILAR. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana.Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso
Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada,higiene meticulosa y cuidados de los pies, asi como el manejo de administración de fármacos e insulina

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higienico, dietético y farmacológico de los pacientes diabeticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º taller en Mayo 2017 en Hecho
1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho
Evaluación en junio 2017 en Anso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1142 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHARLAS / COLOQUIO DIETAS PARA ENFERMOS CELIACOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DE LA O ADIEGO USED
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HUESCA RURAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUIS LACARDA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DADAO EL INCREMENTO EN NUESTRA POBLACIÓN RURAL DE CASOS CON INTOLERACIA AL GLUTEN, SE CREA LA NECESIDAD DE INFORMACION Y APOYO A LA COMUNIDAD POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OFRECER A LA POBLACION CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION Y COCINA, EN ENFERMEDAD CELIACA.
LA POBLACION A LA CUAL VA DIRIGIDA INCLUYE PACIENTES Y FAMILIARES DE CELÍACOS, ASÍ COMO TODO INDIVIDUO DE NUESTRA ZONA DE SALUD INTERESADO.
EL PROCESO DE INFORMACION Y EDUCACION SE REALIZARÁ MEDIANTE CHARLAS/ COLOQUIO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LA ORGANIZACION DE DICHO PROCESO CONASISTIRÁ EN REALIZAR UN REGISTRO DE CELIACOS DE NUESTRA COMUNIDAD Y NSE LES OFERTARÁ DIRECTAMENTE O POR VÍA TELEFONICA DICHA ACTIVIDAD
SE REALIZARAN 2 CHARLAS AL AÑO COMO MÍNIMO, Y SIEMPRE DEPENDIENDO DE LA DEMANDA Y / O INTERESES DE LA POBLACION DIANA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
AL FINALIZAR CADA CHARLA / COLOQUIO SE REALIZARÁ UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
lA DURACIÓN SERÁ DE 30 MINUTOS A 45 MINUTOS, FUERA DEL HORARIO LABORAL .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR MINGUEZ SORIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN ANTON VICTORIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CORTES VIRGINIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· ALDEA DORADO CARMEN. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ SANZ JESUS. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· PUENTE GALAN MARIA RAFAELA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· IZUEL PEREZ LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La idea de que podemos mejorar la gestión de las consultas debe ser una constante.
Una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente 2 herramientas fundamentales: Los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo).
Las agendas deben ajustarse a la realidad de cada ámbito y no al deseado.
La cita previa no sirve para disminuir la demanda, sino para ordenarla, siendo una herramienta imprescindible para el correcto desarrollo de una consulta de atención primaria.

En el consultorio de Canfranc-Estación, los pacientes acuden en un alto porcentaje sin citar.

Realizando un estudio estadístico de los pacientes que acudieron a dicho consultorio desde Noviembre de 2015 a Agosto de 2016 se observa que el 36,26% de los que acuden en situación de demanda a la consulta de medicina y mayor porcentaje en la consulta de enfermería (excluyendo consultas domiciliarias, urgencias, consultas programadas y administrativas) acuden sin pedir cita.

Consultando con los usuarios no citados refieren que las causas son:
1. En la parte de atrás de la tarjeta de los pacientes pertenecientes al cupo de Canfranc – Estación, no está registrado ningún número de teléfono de cita previa, tan solo consta el del consultorio
2. No están acostumbrados y no conciben la importancia de la cita previa
3. Gran afluencia de pacientes desplazados (trabajadores eventuales durante unos meses en periodos estacionales) y turistas que pasan algunos días en la zona, desconocedores del sistema.
4. Dichos desplazados no saben el teléfono para citarse entre otras causas por:
- En su hoja de desplazado no consta el teléfono para citas, sino sólo el del consultorio
- Muchos de ellos no tienen tarjeta de desplazado y consultan en la página web de la Estación de Canfranc donde solo consta el número del consultorio.
- Otros telefonean bien al número de teléfono de cita previa del CS de Jaca pero, al estar con frecuencia la línea ocupada, son respondidos por un contestador automático que les remite al número de la web SALUD INFORMA –CITA PREVIA: 902 555321 que no admite a ningún paciente que no pertenezca a esta zona de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Una correcta organización de la consulta con adecuada gestión de la demanda y del tiempo, en la que lo habitual sea acudir con cita previa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Cambiar la información de los números de teléfono que constan en la parte de atrás de la tarjeta sanitaria incluyendo el de la cita previa del Centro de Salud de Jaca y los de urgencias: El del consultorio y el del centro de salud de Jaca.
2) Cambiar también la información de los números de teléfono en la hoja que se entrega a los pacientes desplazados
3)Incluir dichos números de teléfono en unas tarjetas informativas, en la que también se indicarán los horarios de consulta y que se dejarán en la oficina de Turismo de Canfranc.
4)Colocar en la pagina web de Canfranc información al respecto
5)Cambiar el contestador del centro donde indica que pueden llamar al teléfono de Salud-Informa y especificar “excepto desplazados”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creemos que son suficientes para la monotorización de este proyecto la realización de una nueva estadística después de haber realizado todas las acciones antes mencionadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El 22.09.16 Reunión del EAP para diseño y realización del proyecto de mejora.
En Septiembre de 2017 valoración de resultados y cierre del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

Proyecto: 2016_0390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· ESTAUN BUETAS EVA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO RUBIO CARLOS. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO ARNAL AMALIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GUILLEN ANTON VICTORIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ FERNANDEZ AMPARO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ VELASCO JESUS. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. Nº de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / Nº de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. Nº de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / Nº de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

Proyecto: 2016_1326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017
Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017
Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.
Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras
Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca
Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

9. OBSERVACIONES.
Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS Y RIESGO VITAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ELENA PEREZ TURRAU
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SANTO GRIAL. TRABAJO SOCIAL
· DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PIRINEOS. TRABAJO SOCIAL
· MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PERPETUO SOCORRO. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROPUESTO POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL AL NO HABER TS SANITARIO EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR.
NECESIDAD DE DISPONER DE INFORMACION BASICA SOBRE RECURSOS SOCIALES EN EL SECTOR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar información social básica a los profesionales sanitarios de las zonas de salud donde no hay TS sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
-Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS .
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social.
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha.
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad
-Reuniones de trabajo de los TTSS sanitarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
Existe una Ficha de Recursos Sociales básicos SI-NO
-Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para
cada TS . Se han distribuido SI-NO
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN
trabajador social.Se han concretado todas las zonas de salud sin TS
sanitario SI-NO
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en
la Ficha. Se ha cumplimentado la Ficha de recursos sociales basicos
SI-NO
- Difusión. Disposición de la información en la WEB del sector sanitario
de Huesca. Desde la Dirección de Atención Primaria se ha remitido a
cada centro de salud su Ficha correspondiente SI-NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.Octubre 2016 - Enero 2017
-Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS . Enero 2017
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social. Enero-Febrero 2017
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha. Marzo 2017
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad. Abril 2017

9. OBSERVACIONES.
Este Proyecto forma parte de los Acuerdos de Gestión Clinica planteados a los trabajadores sociales del sector Huesca

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Potencialmente todo tipo de patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PILOTAJE DE "INTERVENCION BREVE EN ALCOHOL" EN CENTRO DE SALUD URBANO A TRAVES DE LA HERRAMIENTA AUDIT

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION BAYOD CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHARTE ALEGRE MARIA ELENA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· TORRES TRASOBARES MARIA LUISA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BESCOS GARCIA BLANCA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CIRIA LAGUARTA GEMA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras ser seleccionados para pilotar este proyecto junto con otros tres centros de salud de Aragón, vimos la oportunidad de poder trabajar en nuestra consulta diaria con una herramienta, Audit, que puede ayudarnos a la detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Modificar actitudes y mejorar habilidades en el manejo del bebedor de riesgo a través del uso en nuestra consulta del Audit.
Conocer mejores alternativas de derivación en caso de sospecha de dependencia alcohólica severa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizara el test en 140 pacientes durante 2 meses consecutivos (desde el 26 de septiembre al 26 de noviembre)
Utilizaremos el Audit en el primer paciente citado en las 17 consultas de medicina y enfermería
El tiempo estimado para su realización será de 10 minutos.
Se usara el Audit para detectar consumo de riesgo,
A los 6 meses se repetirá el Audit a las mismas personas para valorar cambios en el resultado del test en las personas detectadas como bebedoras de riesgo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de encuestas realizadas.
Tiempo medio de realización del test.
Puntuación del audit por edad y sexo antes y después de la intervención.
Porcentaje de bebedor de riesgo antes y después de la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión de información para presentar el proyecto (abril 2016)
Taller de abordaje dependencia alcohólica (junio 2016)
Sesión puesta en marcha (septiembre 2016)
Realización del Audit en los 140 pacientes
Sesión mensual para valorar dudas
Repetición del Audit a los 6 meses en los mismos pacientes
Sesión final y recogida de cuestionarios Audit. (septiembre 2017)

9. OBSERVACIONES.
Se espera que este proyecto aporte conocimientos sobre los bebedores de riesgo en nuestro centro.
Se podrán iniciar acciones coordinadas con el proyecto que desarrolla el servicio de salud publica para disminuir el consumo de alcohol.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHINA-CHANO. PASEOS SALUDABLES. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO

2. RESPONSABLE ..... GEMMA GABAS GALLEGO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLON CARRERA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· ORDAS BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO PRADAS MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANORO MONCAYOLA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1.- Responder a la necesidad detectada por los miembros del EAP, de que hay personas sobre todo mayores de nuestra zona de salud que por encontrarse solas no realizan ejercicio físico tan necesario en la prevención y tratamiento de enfermedades Cardio-vasculares, problemas musculo-esqueléticos y otros.
2.- Promocionar la salud aprovechando los paseos, dándoles información sobre los beneficios del ejercicio, dieta saludable y cumplimiento de tratamientos y otras MHD.
3.-Teniendo en cuenta el gran número de personas con incontinencia urinaria por relajación del suelo pélvico, aprovechar el grupo para realizar educación sanitaria al respecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales, mejorando así su estado de ánimo.
2.- Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico, ayundando a incorporar esta actividad a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros aunque sean pequeños grupos.
3.- Incorporar los ejercicios de rehabilitación del suelo pévico a su rutina habitual.
4.- Aumentar la conciencia entre los participantes de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de las enfermedades crónicas.
5.- Favorecer la mejor adherencia y uso de los ttos farmacológicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Captación de participantes en las Ctas de Enfermería, Medicina y Trabajor Social. Entrega de folleto informativo y recogida de datos personales.
Salida a caminar dos días por semana, martes y jueves de 10 a 11 horas por la zona de salud. El primer turno será del 4 de octubre al 20 de diciembre, el segundo turno del 17 de enero al 6 de abril y el tercer turno del 18 de abril al 15 de junio de 2017, reanudándose en octubre.
Los participantes iran acompañados por dos personas del Centro de Salud "Enfermeras, Trabajador Social, Aux administrativo y Aux Enfermería.
Realizar por parte de los profesionales de enfermería, durante los paseos y de forma dinámica "educación sanitaria" respecto a diferentes MHD alimentación, consumo de fármacos, abandono de tabaco etc.
Se dará una charla informativa de 15/20 minutos al inicio de la acrtividad en cada trimestre sobre los beneficios del ejercicio para la salud y preparación para salir a caminar por Gemma Gabás Enfermera del Centro.
Por parte de la Matrona del Centro Pilar Sanchez se realizará un taller de suelo pélvico en cada turno.
Al finalizar cada turno se realizará un encuesta de opinión a los participantes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Realizar la actividas al menos durante 3 periodos de al menos dos meses.
2.-Que termine la actividad el 50% de los participantes inscritos en cada turno.
3.-Encuesta de opinión de los participantes de cada turno.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre de 2016 a Octubre 2017
Presentación del proyecto al EAP.
Charla sobre beneficio del ejercicio en el control de patologias crónicas y prevención de enfermedades cardiovasculares, una por turno.
Taller del suelo pélvico, uno en cada turno.
Suspender la actividad durante julio, agosto y septiembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHINA-CHANO. PASEOS SALUDABLES. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Personales con pocas relaciones sociales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1130 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSERVANDO Y PROMOCIONANDO LA SALUD DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO ARNAL URROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL PELEATO EVA. PSICOLOGO/A. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Perosnal de Atención Primaria esta expuesto a altos niveles de estres y ansiedad que repercuten negativamente sobre su salud física y psicologica. El EAP del Perpetuo Socorro atiende a la población del mismo nombre, población sencilla y humilde en su mayoria, gran demandante de servicios asistenciales y con bolsas de población marginales: todo ello hace que el personal del Equipo soporte una gran presión asistencial y en ocaciones situaciones conflictivas que provocan gran tensión psicológica en sus miembros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
* Control de estres y ansiedad del personal del Centro de Salud
* Mejorar la cohesión del equipo de Atención Primaria.
* Mejorar la atención al paciente.

El obejtivo es realizar un aprendizaje para tratar de manejar y controlar de forma adaptativa el elevado nivel de estres al que se ven sometidos los médicos y el resto de personal del equipo del Perpetuo Socorro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones de relajación de 45 minutos cada una de ellas, en el Centro de Salud todos los primeros viernes de cada mes durante 6 meses.
Se aplicará un entrenamiento en distintas técnicas de control de estres, comibnando la respiración diaframgática, la respiración muscular progresiva y el entrenamiento autogeno.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se medira a través de:

* Numero de profesionales que acuden a las sesiones.
* Cuestionario de estres laboral: Se utilizará el MBI (inventario de Burnaout de Maslach) seleccionado unicamente los items que se adaptaban al objetivo de nuestro proyecto.
El test se aplicaria al principio y al final de las sesiones (a los 6 meses) para evaluar los resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración de la actividad: 6 meses de febrero a Julio
Los primeros viernes de cada mes.
Duración de cada sesión : 45 minutos.

9. OBSERVACIONES.
Se remite el Test Maslach adaptado a nuestros objetivos por correo ordinario.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

2. RESPONSABLE ..... CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA
· BROTO COSCULLUELA PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA
· FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA
· CAÑARDO ALASTUEY CLARA. MIR. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pio XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pio XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosemberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REVISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA.

2. RESPONSABLE ..... PILAR CAJARAVILLE ASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUR LALUEZA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro Hospital existe una considerable lista de espera en Dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención Primaria y Dermatología, de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de dos a ocho semanas (según patología), Desde que son detectados por el Médico de Familia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre Atención Primaria y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de cuatro semanas, cuando se cumplan criterios de melanoma.

Objetivos secundarios:
* Formar a un Médico de Familia en dermatoscopía, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

*Fomentar la relación primaria/especializada.

*Obtener un módelo extrapolable a otros centros del Sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
*Establecimiento de un protócolo con Items de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), Teniendo como base las " Referal Guidelines for suspected cáncer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria.

*Formación de un profesional del Centro de Atención Primaria Dra. Cajaraville y Dra. Mur) en el manejo del Dermatoscopio y aplicación de este protocolo con rotación de cinco días en Consulta de Dermatología,

*Los Médicos del Centro de Salud Perpetuo Socorro, tendran como profesional de Consulta dentro de su Equipo al que ha recibido la formación específica, y se creara en la Agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas por otros compañeros.

*Establecimiento de un circuito de comunicación (Via Correo Electrónico) para que el Médico de Centro de Salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatologia y sean valorados en un plazo máximo de dos ocho semanas. Obviando el circuito habitual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se recogeran a los 4, 8 y 12 meses, del inicio del proyecto

*Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida.

*Media de tiempo (dias) entre la remisión desde Atención Primaria y la primera visita para los dos tipos de lesiones. (sospecha de Melanoma y resto).

*Diagnóstico de las patologías remitidas.

*A los 4 meses las Dermatologas de Referencia de este Proyecto, Dras. Yolanda Gilaberte Calzada y Carmen Coscojuela Santaliestra valorarán si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorara si procede aumentar el tiempo de formación en el Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Establemiento del protocolo y definición del circuito (Abril 2017)

Formación del Profesional responsable: Mayo, Junio 2017

Inicio de la Consulta de Dermatoscopía y derivación de pacientes: Septiembre 2017.

Medidas de los indicadores: Enero, Mayo, Septiembre 2018

Proyecto: 2016_1304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REVISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA.

9. OBSERVACIONES.
En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procedera a mejorar la formación de los Médicos de Familia de los Centros de Salud adscritos al Hospital San Jorge de HUesca en patología Dermatologica.
Se consensuara un listado de patologías banales, no susceptibles a priopri de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Se formara a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primia (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....), de forma que la Cta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías especifica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_0077 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SANCHEZ VELILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL. PEDIATRA. CS PIRINEOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). No obstante, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes. La campaña “Salve Vidas: límpiese las manos”, liderada por la OMS tiene el objeto de invertir esta costumbre.
En nuestro CS se ha analizado el problema y se ha considerado como una oportunidad de mejora basándonos el la estrategia proporcionada por la OMS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo Principal del proyecto continiar con las mejoras de las prácticas del personal del CS en la higiene de manos.
M ejorar el nivel de puntuación del CS Pirineos respecto a la anterior evaluación con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inclusión del CS en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos en
http://www.who.int/gpsc/5may/register/en/index.html

Para conocer la puntuación se aplicará el instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010 .De esta manera se asignará el CS a uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción
-Insuficiente
-Básico
-Intermedio
- avanzado

Una vez conocido el nivel del CS se aplicarán los instrumentos OMS para mejorar siendo responsables de su puesta en marcha los responsables del proyecto, dichos instrumentos están en relación con los indicadores pertinentes que figuran en el Marco, examinadas las áreas en las que se necesita mejorar se elaborará por parte de los responsables del proyecto un Plan de acción para lograr esas mejoras empezando con los instrumentos de la OMS pertinentes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del Marco de autoevaluación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Mayo 2016 Finalización Mayo 2017
Mayo 2016: Conocer el nivel el CS en el Marco de autoevaluación de la OMS. (275.- Nivel de Higiene de manos Intermedio o consolidado)
Junio 2016-Abril 2017 examinar las áreas en las que el CS necesita mejorar según los resultados de evaluación y elaborar y poner en marcha un plan de acción para lograr esas mejoras

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Información/comunicación/relación con usuarios/ paciente/familiares
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· NAYA ATARES SERGIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO GRACIA MAVELI. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA CALVO ANGEL. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO. MIR 4º. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo
Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo “verdadero especialista” y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos
Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLINICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año
Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

9. OBSERVACIONES.
Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS
Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado
Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAGE FISIOTERAPICO EN LA ROTURA DE FIBRAS MUSCULARES DESDE EL SRVICIO DE ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... LUCIA BETRAN COARASA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. FISIOTERAPIA EN AP
· UGARTE FARRERONS SOL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Rotura fibrilar, desgarro : priorizo este problema por el numero de casos que lo han estado padeciendo en este año.
La situación actual de abordarlo es que se mantiene el vendage compresivo y la inmovilidad excesivo tiempo para su posterior recuperacion.
Las causas que lo producen suelen ser por exceso de tension muscular, tambien por sobrecarga en deportistas, por debilidad musc. y exceso de demanda al musculo y también por estres.
El proyecto puede ser util por que si la derivacion es rapida y se puede intervenir con medios fisicos y vendage neuromuscular la recuperación va a ser mucho más rápida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
el objetivo principal es la recuperacion del paciente lo antes posible.
Tambien la información y educación de su tono muscular y de como mantener su elasticidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se procede desde el envio del Medico de Familia o PAC
1º frio 3 veces al dia
2º localizacion de la lesión, distender la reaccion asociada
3º ultrasonido
4º vendaje neuromuscular
5º ejercicios de estiramiento
6ºbaños de contraste

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
v. n. m.
ejercicios

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
desde octubre 2016 hasta junio 2017.
haremos la valoracion antes del verano

9. OBSERVACIONES.
pueden enviar pacientes con esta patologia los Medicos de Familia y desde el PAC de CS Pirineos

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1143 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES PEÑA ARENAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ LOMBA BEATRIZ. EIR. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· BARTOLOME FANDOS LOURDES. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· UGARTE FARRERONS SOL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PANO ESTELA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· COARASA MONTER PILAR. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO SANAGUSTIN TERESA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incorporación de los programas de educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento de la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado el mejor control glucémico y la reduccio´n de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones,
aunque se requiere de programas educativos mantenidos y de refuerzo a lo largo del tiempo. (7)
“La participacio´n activa del paciente en el manejo diario de la diabetes es la u´nica solucio´n eficaz para el control de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo” (OMS).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover el desarrollo de enfermería en el ámbito de la educación grupal para la salud y su papel relevante en la comunidad.
Aumentar los conocimientos del paciente sobre Diabetes y dotarle de herramientas y recursos que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable que minimicen las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad y por consiguiente aumenten su calidad de vida.
Evaluar la eficacia del programa de educacio´n tomando como indicadores, el aumento de conocimientos, importancia del control glucémico, modificacio´n de conducta y la satisfaccio´n de los participantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.
La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.
Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsablemediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevará a cabo mediante los cuestionarios que rellenarán de manera individual los asistentes al programa al principio de la primera sesio´n y despue´s de la u´ltima sesio´n y que versarán sobre:
El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus.
Modificaciones de conducta en la vida diaria.
Importancia del control del nivel glucémico en la enfermedad.
Satisfacción del proyecto a nivel de usuario.
Los indicadores a utilizar:
Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM tras la intervención de las 5 sesiones.
Número de pacientes satisfechos con el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:
Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2016_1143 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA EVA AGUARON JOVEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHAVERRI ALAMAN EVA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EN NUESTRO HOSPITAL EXISTE UNA CONSIDERABLE LISTA DE ESPERA EN DERMATOLOGÍA. SE PROPONE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN DIRECTA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y DERMATOLOGÍA, DE FORMA QUE, LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS NO DEMORABLES, SEAN VALORADOS POR NUESTRO ESPECIALISTA DE REFERENCIA EN UNOS PLAZOS MÁXIMOS DE 2 A 8 SEMANAS, (SEGÚN PATOLOGÍA), DESDE QUE SON DETECTADOS POR EL MÉDICO DE FAMILIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL: AUMENTAR LA PRECOCIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS CUTÁNEAS, ESTABLECIENDO UN CIRCUITO DE INTERCOMUNICACIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE LA MISMA ENTRE AP Y DERMATOLOGÍA; DISMINUYENDO ASÍ LA LISTA DE ESPERA EN LAS PRIMERAS VISITAS A MENOS DE CUATRO SEMANAS CUANDO SE CUMPLAN CRITERIOS DE MELANOMA.
OBJETIVOS SECUNDARIOS: FORMAR A UN MÉDICO DE FAMILIA EN DERMATOSCOPIA, DE FORMA QUE ADQUIERA CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA IDENTIFICAR LESIONES MELANOCÍTICAS Y NO MELANOCÍTICAS, Y PUEDA IDENTIFICAR DE FORMA PRECOZ LAS LESIONES CUTÁNEAS SUBCEPTIBLES DE CANCER CUTÁNEO O ATIPIA.
FOMENTAR LA RELACIÓN PRIMARIA / ESPECIALIZADA.
OBTENER UN MODELO ESTRAPOLABLE A OTROS CENTROS DEL SECTOR.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO CON ITEMS DE SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA CUTÁNEA (MELANOMA Y CANCER CUTÁNEO, NO MELANOMA), TENIENDO COMO BASE LAS " REFERAL GUIDELINES FOR SUSPECTED CANCER, NICE 2011", ADAPTADA A NUESTRO MEDIO, Y REALIZADO CONJUNTAMENTE ENTRE EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA.
FORMACIÓN DE UN PROFESIONAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL DERMATOSCOPIA Y APLICACIÓN DE ESTE PROTOCOLO, CON ROTACIÓN DE 5 DÍAS EN CONSULTA DE DERMATOLOGÍA.
LOS MÉDICOS DEL C.S PIRINEOS TENDRÁN COMO PROFESIONAL DE CONSULTA DENTRO DE SU EQUIPO AL QUE HA RECIBIDO LA FORMACIÓN ESPECÍFICA, Y SE CREARÁ UNA AGENDA COMÚN PARA TODO EL CENTRO DE DERMATOSCOPIA, CON UNA PERIOCIDAD DE INICIO DE 1 DÍA A LA SEMANA, PARA VALORACIÓN DE LESIONES DUDOSAS QUE SEAN REMITIDAS POR OTROS COMPAÑEROS.
ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE COMUNICACIÓN, (VÍA CORREO ELECTRÓNICO), PARA QUE EL MÉDICO DEL C.S ENCARGADO, REMITA A LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES A DERMATOLOGÍA Y SEAN VALORADOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE 2 A 8 SEMANAS OBVIANDO EL CIRCUITO HABITUAL.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE RECOJERAN A LOS 4, 8 Y 12 MESES DEL INICIO DEL PROYECTO.
1- NÚMERO DE PACIENTES REMITIDOS A DERMATOLOGÍA POR LA VÍA ESTABLECIDA.
2- MEDIA DE TIEMPO (DÍAS), ENTRE LA REMISIÓN DESDE AP Y LA PRIMERA VISITA EN DERMATOLOGÍA, PARA LOS DOS TIPOS DE LESIONES (SOSPECHA DE MELANOMA Y RESTO)
3- DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍA REMITIDAS.
4- A LOS 4 MESES LA DERMATÓGA DE REFERENCIA DE ESTE PROYECTO VALORARÁ SI LA REMISIÓN DE LOS PACIENTES SE AJUSTA A LOS CRITERIOS DESEADOS. TAMBIÉN VALORARÁ SI PROCEDE AUMENTAR EL TIEMPO DE FORMACIÓN EN EL SERVICIO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ESTABLECIMIENTO DEL PROTOCOLO Y DEFINICIÓN DEL CIRCUITO: MAYO- JUNIO 2017.
FORMACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: JUNIO- JULIO 2017.
INICIO DE LA CONSULTA DE DERMATOSCOPIA Y DERIVACIÓN DE PACIENTES: SEPTIEMBRE 2017.
MEDIDA DE LOS INDICADORES: ENERO, MAYO Y SEPTIEMBRE 2018.

9. OBSERVACIONES.
EN UNA SEGUNDA FASE DEL PROYECTO A DESARROLLAR EN 2018, SE PROCEDERÁ A MEJORAR LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA ADSCRITOS AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA, EN PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA.
SE CONSENSUARA UN LISTADO DE PATOLOGÍAS BANALES, NO SUSCEPTIBLES, A PRIORI DE REMISIÓN A DERMATOLOGÍA (QUERATOSIS SEBORREICAS, FIBROMAS, ACROCORDONES,...)
SE FORMARÁ A LOS MÉDICOS DE ATENCIÓ PRIMARIA EN PATOLOGIAS CUYO TRATAMIENTO DEBA SER INICIADO EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (VERRUGAS VÍRICAS, ACNÉ LEVE/ MODERADO, DERMATITIS SEBORREICA, MOLLUSCUM...)DE FORMA QUE, LA COSULTA DE DERMATOLOGÍA PUEDA TENER UN CONTENIDO MÁS AJUSTADO A PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ SANCHEZ LOMBA
· Profesión ..... EIR
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCO SANAGUSTIN TERESA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CANUDO AZOR MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· UGARTE FARRERONS SOL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· LAMORA PALLAS ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BETRAN COARASA LUCIA. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto trata de dar respuesta a las nuevas inquietudes de salud de los ciudadanos, poniendo en práctica los nuevos paradigmas emergentes enfocados a la Salutogénesis del individuo, dejando atrás un modelo patriarcal y enfocado en la patogeneidad y teniendo en cuenta la diversidad de grupos de población y necesidades que acoge este Centro de Salud.
Se pretende combinar la educación para la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar los conocimientos de la población y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud y la promoción de salud, que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos, es decir, responsabilizarles en la defensa de la salud propia y colectiva.
Gracias a la amplia variedad de profesionales de la salud que conforman el Centro, es viable este proyecto y lo capacita para dar una atención interdisciplinar, integral y de calidad, en el que se incluye la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el tratamiento, la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración y socialización) y la promoción de salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud) en todas las esferas bio-psico-sociales del individuo, abordándolas desde las tres áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Generales:
• Mejorar y dotar al paciente de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar las necesidades que haya identificado.
• Específicos:
• Aumentar la participación comunitaria
• Involucrar al paciente en su salud
• Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades
• Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• La difusión se realizará indirectamente mediante carteles y folletos informativos y de manera directa por los profesionales del Centro de Salud.
• Quedarán a la disposición de los pacientes un buzón de sugerencias donde puedan dejar sus propuestas de temas a tratar.
• Según el número de peticiones se elegirá cada mes el tema del siguiente taller grupal.
• Se llevará a cabo en el Centro de Salud en una sala acondicionada para la actividad que se vaya a realizar.
• Las sesiones serán interactivas y dinámicas en las que primará la participación de los pacientes.
• Cada sesión será dirigida por uno o varios profesionales de salud del Centro según el área del tema a tratar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Indicadores:
• Porcentaje de satisfacción de los asistentes
• Nº de asistentes a las sesiones
• Porcentaje de pacientes que refiere haber ampliado sus conocimientos o habilidades sobre el tema de salud tratado.
• Porcentaje de pacientes que indica que los conocimientos adquiridos son útiles para su vida diaria.
•Evaluación:

Proyecto: 2016_1311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

• Mediante encuestas tras las sesiones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• La duración del proyecto será de un año en el que se impartirán sesiones/ talleres mensuales.
• Cada sesión/taller tendrá una duración de una hora.

9. OBSERVACIONES.
Se podría plantear una ampliación de un tema concreto tratado en uno de los talleres desglosándolo en varias sesiones en caso de identificar un gran interés o necesidad de la población.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. VARIADA Y PREVENCIÓN
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1451 ()

1. TÍTULO

ATENCION A LOS TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SASO BOSQUE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RETORTILLO MUÑOZ MARIA. HIGIENISTA DENTAL. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· CODERA LLENA MANUEL. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL
· HIDALGO OLIVARES GONZALO. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS PIRINEOS. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ACTUACIÓN INMEDIATA EN LOS CASOS DE TRAUMATISMO EN GENERAL Y AVULSIONES Y FRACTURAS DE PERMANENTES EN PARTICULAR:
REPOSICION DEL FRAGMENTO FRACTURADO Y REIMPLANTACION INMEDIATA DEL DIENTE AVULSIONADO.
CONTROL RADIOGRAFICO Y FERULIZACIÓN SI FUERA NECESARIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ATENCION TEMPRANA A LOS TRAUMATISMOS DENTALES
CONSERVACIÓN DEL DIENTE PERMANENTE EN BOCA.
(LA ACTUACIÓN INMEDIATA ES FUNDAMENTAL PARA LA VIABILIDAD DE LA PIEZA)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN DIANA, FAMILIARES Y DOCENTES EN CENTROS DE SALUD Y COLEGIOS RESPECTIVAMENTE MEDIANTE TRIPTICOS INFORMATIVOS, CHARLAS EDUCATIVAS Y POSTERS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
REGISTRO DE LAS ACTIVIDADS DIVULGATIVAS EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD Y ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
YA SE HA EMPEZADO A REALIZAR LA PARTE EDUCATIVA EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD.
SE HA SOLICITADO TAMBIEN EL MATERIAL NECESARIO PARA MEJORAR LA ATENCION Y PODER REALIZAR RADIOGRAFIAS, REPOSICIONES Y FERULIZACIONES PROPORCIONANDO ASI UNA ASISTENCIA COMPLETA Y NO SOLO ORIENTATIVA COMO SE VENIA REALIZANDO HASTA AHORA.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRAUMATISMO DENTAL-AVULSIÓN
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0814 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

2. RESPONSABLE ..... TERESA RIO ABARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAÑE GODE MARTA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· LORBADA PACHECO MAR. TCAE. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables
Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada
También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta linea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia
Facilitar la atención a la emergencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada
Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñánigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración
También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias)
Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñánigo (hoja de firmas)
2/ Grado de cumpliemtnación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñánigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes
En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado)
Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0847 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANAO MARTIN ADOLFO. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE AZNAR TEROFILO. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· BANDRES FRANCO ELENA. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención a usuarios de residencias es especialmente compleja por tratarse en su mayoría de pacientes pluripatológicos.
La visita a estos pacientes suele realizarse a última hora de la jornada laboral, existiendo a veces un infrarregistro en los historiales de estos usuarios
La carga de trabajo administrativo que se genera desde las residencias es habitualmente alta, no estando organizada en las agendas de los profesionales
Una de las residencias que asistimos dispone de atención facultativa, y muchas veces delegamos el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo la complejidad delos mismo exige optimizar su atención por parte de todos los implicados, no siendo deseable que el médico de atención primaria asuma el papel de mero gestor administrativo o disponible únicamente para casos de urgencia
Por otro lado, el facultativo de la residencia no tiene acceso a información de historia clínica electrónica como los facultativos del SALUD

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Organizar el trabajo administrativo generado desde las residencias, realizándose d ela forma menos disruptiva posible para el profesional del SALUD
2.Mejorar la coordinación con el facultativo de la residencia que dispone de él
3.Aumentar la implicación de los facultativos del SALUD como profesionales de referencia de los usuarios institucionalizados
4.Disponer de una historia clínica actualizada de estos usuarios
5.Estar al día de los nuevos ingresos de residentes, sobre todo de aquellos con patología médica importante
6. Mejorar la seguridad del paciente, minimizando errores provocados en el proceso de institucionalización (cambios en su medicación habitual tras ingreso hospitalario, pérdida de revisiones por especializada etc)
7. Optimizar la cobertura vacunal de estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las citas administrativas se gestionarán como "demanda no presencial" para que el profesional disponga de hueco específico para ellas
Los profesionales del centro de salud tendrán notificación de cada nuevo ingreso de residente asignado a su cupo y se comprometen a realizar una visita inicial a dicho residente en el plazo de 1 mes .Si se trata de un ingreso motivado por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente) la visita se intentará realizar en el plazo de 1 semana.
Cada usuario de la residencia tendrá recogido en su historia clínica (tanto de OMI como de papel en la propia residencia) la situación basal del residente, de manera que el personal que atienda a dicho usuario de manera puntual, pueda contar con esta información.Dicha historia de papel en la residencia también recogerá las visitas del personal del SALUD, ya sea de su médico/enfermero, como de personal MAC/EAC.
Por parte de la residencia se aportará fotocopia de los informes médicos de los residentes, tanto de hospitalización como de consulta por especializada
Los médicos del centro de salud nos comprometemos a realizar de forma anual una valoración de la evolución de cada uno de los usuarios que tenemos asignados. En esta valoración se prestará atención a revisión de medicación crónica.En el caso de la residencia que dispone de facultativo, se comentarán sugerencias con él.Para que sirva de recordatorio se citará anualmente a cada médico un DOMICILIO PROGRAMADO de los residentes que tiene asignados
Por parte del centro de salud se priorizará la vacunación del los pacientes institucionalizados
Se invitará a los profesionales sanitarios de la residencia a las sesiones clínicas que estén relacionadas con atención al paciente geriátrico, y se les mantendrá actualizados sobre las novedades que puedan surgir que impliquen a pacientes de su competencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en OMI
2. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en la historia de la residencia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016: tras reunirnos con los responsables de las residencias, nos empezaran a informar de cada nuevo ingreso, que se citará como domicilio programado de medicina y enfermería
Junio 2017: se citará a cada médico un domicilio programado de todos los residentes asignados a su cupo, para que revise si ha habido cambios significativos en situación, revise medicación etc
En septiembre 2017 se evaluarán indicadores

Proyecto: 2016_0847 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

9. OBSERVACIONES.
Se solicitará a Gerencia la implantación de OMI en los ordenadores de que dispone la residencia

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PLURIPATOLOGICOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MALINIS ANA JULIA. MEDICO/A. H JACA. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados ´por el médico de familia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.
OBJETIIVOS SECUNDARIOS:
- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
-Fomentar la relación primaria / especializada
-Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referal Guidelines for suspected cáncer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas pro otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:
- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
-Media de tiempo (días) entre la remisón desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
-Diagnóstico de las patologías remitidas
-A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

9. OBSERVACIONES.
En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_1530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE ..... LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANAO MARTIN ADOLFO. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES RUIZ AINHARA. FISIOTERAPEUTA. CS SABIÑANIGO. FISIOTERAPIA
· RIO ABARCA TERESA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA ALVAREZ PEDRO. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· LABARTA BELLOSTA MARIA. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· CANO SANCHEZ MARGARITA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SABIÑANIGO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CINCA MONTERDE CARMEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CS JACA. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico.
Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos.La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento. La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador nº 1
Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios
Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10
Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)
Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en Octubre 2017.Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

9. OBSERVACIONES.
Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Proyecto: 2016_0173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· DOSTE LARRULL DIVINA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· USIETO GRACIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· CAJAL MARZAL ADOLFO. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SANTO GRIAL. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referenre a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicos sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centrs docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas, conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%
Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016
Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016
Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016
Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevencion
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

2. RESPONSABLE ..... PILAR BUIL CALVO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ CARCAVILLA JUANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· PICONTO NOVALES MARIA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA RODRIGO PILAR. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· VENTURA MUÑOZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· CAMPOS REIG RAMON. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· SENAC BARDAJI MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· CASTRILLO SALCEDO ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad.
Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte
Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0840 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA JIMENEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYUELO DEL VAL PASCUAL. PEDIATRA. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO. PEDIATRA. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR. PEDIATRA. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· GIL FERRER LAURA. PEDIATRA. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BROTO COSCULLUELA PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· PARALED CAMPOS TERESA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Programa de Salud Infantil (PSI), también llamado programa de revisiones del niño sano, consiste en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y en la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y adolescencia.
Es una de las principales actividades ejercidas por los equipos de pediatría en atención primaria y se organiza mediante visitas programadas, coincidiendo con los momentos claves del desarrollo infantil y con el calendario vacunal vigente.
Actualmente, en los equipos de pediatría de los centros de salud del sector de Huesca no existe un único calendario de visitas para realizar las actividades del PSI, sino que el número de visitas se organiza de acuerdo a la sobrecarga asistencial y a la población que atiende cada centro de salud, lo que fomenta la variabilidad y no asegura la equidad a la hora de realizar la atención sanitaria programada en la infancia y adolescencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca.
Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Actas de las reuniones presenciales.
Documento único y consensuado de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todos los Equipos de Atención Primaria del sector de Huesca

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016- ENERO 2017: realización de la revisión bibliográfica
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del Documento de consenso
Abril 2017: Puesta en marcha del nuevo calendario del PSI

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Programa de salud infantil
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0936 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

2. RESPONSABLE ..... DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTILLES GARCIA MARTA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA
· ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· LATRE OTAL VANESSA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION CONTINUADA EN AP
· IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· BUIL CALVO PILAR. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· DUASO ALLUE LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Vacuna contra el virus del Papiloma Humano, se administra en la Comunidad Autónoma de Aragón en dos dosis. En el año 2016 ha estrado en vigor un nuevo calendario vacunal y dicha vacuna se administrará a la edad de 12 años.
Todavía existen unas cohortes de niñas, las nacidas en 2002 y 2003 a las que se les administrará la vacuna a los 14 años. Por lo tanto cuando corresponde administrar la 2ª dosis ya no son pacientes pediátricas y por tanto es más fácil que se pierdan oportunidades de administrar la segunda dosis.
Continuando con el programa iniciado el año anterior se administrarán las dos dosis en la consulta de pediatría, la primera coincidiendo con el programa del niño sano a los 14 años, y la segunda seis meses después.
Se va a aprovechar la oportunidad para realizar Educación Sexual a las niñas cuando acudan a la cita de la primera dosis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En el programa desarrollado el año pasado se ha obtenido una cobertura de 1ª dosis de papiloma del 94.28% y de 2ª dosis de papiloma del 86,44%, algo inferior a lo esperado.
Se espera que el mayor número posible de niñas inicien la vacunación. Lo ideal sería una cobertura en la primera dosis superior al 95%.
Alcanzar una cobertura de vacunación de 2ª dosis de papiloma superior al 95%
El 100% de las niñas deben de salir de la primera consulta con la cita para la 2ª dosis.
Un porcentaje de niñas superior al 95% deben recibir Educación Sexual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un listado de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--Captación de estas niñas para darles la cita de la revisión de los 14 años, donde se les administrará la primera dosis de vacuna y se les dará información sobre Educación Sexual que deberá quedar reflejado en la Historia Clínica.
--Las niñas saldrán de la consulta con la fecha de la cita de la segunda dosis.
--Para reforzar el programa se pondrá un “Flash” en Historia clínica de OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la segunda dosis.
--Si no acuden a la cita prevista se realizará captación activa por teléfono.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
--Nº de niñas de 14 años que reciben la primera dosis papiloma/ Nº total niñas 14 años.
--Nº de niñas 14 años que reciben la segunda dosis papiloma/Nº niñas que recibieron la primera dosis.
--Nº de niñas que salen de la primera revisión con la cita de la segunda dosis.
--Nº de niñas en cuya historia consta haber recibido Educación Sexual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
--Elaboración de listados de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--En Diciembre de 2016 se realizará un primer corte, para evaluar la progresión del programa y hacer captación de las niñas que no han acudido .
-- Así sucesivamente se harán cortes trimestrales y se recopilarán datos hasta que se de el programa por concluido (de las niñas nacidas a finales de 2003 no se podrán tener los resultados hasta mitades del 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion sana sin patologia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0739 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARNAL BESCOS
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR. MATRONA. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ALBA CANELA MARIA ANGELES. MATRONA. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· SESA RUSPIRA MARIA PILAR. MATRONA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· ESCANILLA SAMPER PILAR. MATRONA. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· BLANCO GIMENO VERONICA. MATRONA. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con los años de experiencia, se ha detectado que no existe un
protocolo de las actuaciones a seguir, cuando una paciente acude a la consulta de la matrona, para captar de forma precoz mujeres en riesgo de padecer una disfunción de suelo pélvico.
Observada la necesidad se prioriza el tema, ya que de manera habitual detectamos en nuestras consultas mujeres que presentan dichas disfunciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar. En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontaneamente del todo.
Transtornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención por parte de las matronas de atención primaria.
Con la implantación de dicho protocolo se espera mejorar el conocimiento de las mujeres de su propio cuerpo, detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constituir el grupo de mejora
objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Derivar de forma précoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas.
Definir el protocolo de actuación.
Definir los indicadores de seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Comprobar la correcta realización y adhesión al tratamiento: realización de los ejercicio de Kegel de 3 a 7 días a la semana. En plantilla de OMI para valoración de Suelo Pélvico.
-La valoración y seguimiento de las puérperas se realizará, en tres consultas concertadas: puerperio tardío, a los 3 meses y 6 meses postparto.
-Aumento en los test de Oxford modificado según Pigné en dos puntos como mínimo. También está incluida la escala en el OMI en valoración del Suelo Pélvico.
-Derivar a Rehabilitación a las mujeres que tras las visitas concertadas no consiguen una valoración en el test de Oxford de al menos 4 puntos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión Equipo investigador: mayo 2016
Reunión Equipo multidisciplinar (con fisioterapeutas de atención primaria del Sector): octubre 2016
Selección de participantes y seguimiento con las actividades propuestas: de noviembre 2016 a junio 2017
Analisis de la información obtenida: julio-octubre 2017
Resultados y conclusiones: octubre 2017
Informe final: octubre-noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0846 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VERA BELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO. PEDIATRA. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO. PEDIATRA. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO PEÑALVER ARANZAZU. PEDIATRA. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· IBORT OTAL CRISTINA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· CANCER MORE PILAR. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La alimentación complementaria se define como cualquier alimento sólido o líquido que no sea leche materna o leche de fórmula adaptada y el momento óptimo para introducirla, según la OMS, es a partir de los 6 meses de edad.
Si no se introduce la alimentación complementaria en el momento y la forma correcta se pueden producir problemas en la salud futura del niño: retraso en la adquisición de la masticación, deficiencias vitamínicas, anemia, obesidad…
En la actualidad, cada equipo de atención primaria del sector de Huesca introduce la alimentación complementaria siguiendo unas pautas propias lo que genera gran disparidad en la información que se transmite a las familias de los niños y puede generar desconfianza y confusión en los padres sobre estas recomendaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente.
Incluir estas recomendaciones sobre la introducción de la alimentación complementaria en las plantillas unificadas del programa informático OMI-AP para que sean accesibles a todos los profesionales del Equipo de atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades científicas nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil, la OMS… en torno a la introducción de la alimentación complementaria.
Elaboración por parte de los pediatras y las enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del uso del correo electrónico.
Inclusión del documento de consenso para la unificación de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca en las plantillas de consejos del programa informático OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Actas de las reuniones presenciales organizadas por los profesionales.
Documento único y consensuado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria para todos los Equipos de Atención Primaria del Sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre-Diciembre- 2016- Enero 2017: realización de la revisión bibliográfica.
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del documento de consenso.
Abril 2017 - en adelante: informar a las familias en las consultas programadas del programa de salud infantil (PSI) de las nuevas recomendaciones en la introducción de la alimentación complementaria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recomendaciones de alimentación a población infantil sana
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1144 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

2. RESPONSABLE ..... TERESA PARALED CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORNAO CASAS SARA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Fomentar el autocuidado y la educación para la salud en un EAP conpoblación envejecida y nivel socieconomico medio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ofrecer a la población educación para la salud, establecer vías de comunicación con la comunidad de la ZBS para atender sus necesidades con más calidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán un mínimo de 6 charlas o talleres de salud comunitaria
Se captarán los pacientes en consulta de enfermería y o medicina, o bien se anunciarán las charlas mediante carteles en el CS. También se podrán realizar talleres a solicitud de asociaciones de vecinos, FEACCU, ayuntamientos, otras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de al menos 6 charlas/talleres de educación comunitaria al año. Recogida de las mismas, con contenido, fecha y número de asistentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2017 (continuación de proyecto llevado a cabo en 2016)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las demandadas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1145 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

2. RESPONSABLE ..... SARA BORNAO CASAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
NECESIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA EN UNA POBLACIÓN CRÓNICA Y ENVEJECIDA COMO ES LA DEL EAP SARIÑENA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales sobre actividad física y reforzar su mantenimiento a aquellos que las cumplen, así como reducir el sedentarismo
Dar a conocer a la población adulta la importancia que tiene la actividad física sobre el proceso salud-enfermedad.Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física. Aumentar la actividad física en los individuos que no cumplen las recomendaciones internacionales sobre actividad física.Reforzar el mantenimiento en los que sí las cumplen. Reducir el sedentarismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Educación individual/grupalCASASA
-Valorar la actividad física y periodos sedentarios
-Analizar factores y barreras que influyen en la práctica o no de la actividad física
-Con pacientes que no cumplen las recomendaciones, consensuar objetivos progresivos
-Romper periodos sedentarios de más de dos horas
-Planificar un seguimiento “registro de la actividad física”
-Informar de los recursos comunitarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN EL FORMATO AL EFECTO. Realizar al menos una quedada mensual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuación de actividad realizada en 2016, en principio sin fecha d efin

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1149 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DEL PROGRAMA DE TIRAS Y AGUJAS DEL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se observa un registro no actualizado en la DAP del consumo de tiras y agujas de los pacientes diabéticos. Se plantea un registro por parte de los profesionales, actualizado, el stock del material estará vinculado a esto. Intentar identificar la multicausalidad del bajo registro e iniciar actividades de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el registro de tiras y agujas suministradas en OMI-AP para optimizar el gasto y garantizar el suministro a todos los pacientes que lo precisen.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha creado un acceso a una carpeta compartida entre DAP y los centros de salud, donde aparecía la excel por cupos. En febrero 2016 se puso en marcha, esta excel contenía el listado de diabéticos que hasta ahora se hacía en la Secretaría de Dirección y que sabíamos que no estaba actualizado. Se indicó a los profesionales de enfermería, administrativos y TCAE, que de manera trimestral se debería hacer una actualización de los mismos. Desde la Dirección de enfermería, se han hecho informes trimestrales (marzo, junio, diciembre, en septiembre no se pudo realizar), donde se informaba a los centros los errores que había el la hoja, bien de registro o de no adecuación del material que estaba registrado para las necesidades de ese paciente. Se les informaba del consumo mensual, y se dio acceso a la responsable del almacén para que actualizara los pactos de los centros en base a estas necesidades reales.
Por otra parte se han hecho extracciones de OMI por parte del servicio de informática del sector de los DGP V_TIRAS y V_AGUJAS, comparando estos resultados con el registro en la Excel. Este dato se presenta como indicador clínico propio del Sector.
El registro de consumo de agujas sigue estando muy por debajo de las necesidades reales, esto no se debe solamente a la falta de registro sino también a la reutilización de las mismas por parte de los pacientes, dato que se ha tratado en sesiones clínicas en los centros de salud, para intentar mejorarlo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• INDICADORES DE MEDIDA: Se compararán los resultados obtenidos en el indicador de Tiras y agujas a pacientes diabéticos (DGP V_TIRAS y V_AGUJAS), con los datos de la Excel.
Auditoría De las Exel por la Dirección de Enfermería
• RESULTADOS ESPERADOS: Concordancia de datos, y suministro de tiras y agujas adecuado a todos los pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La evaluación se realiza trimestralmente por la DAP, la duración prevista del protocolo dependerá de la mejora de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI-AP

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CEREZUELA SAMPER
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAMORA PALLAS ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PUENTE GALAN MARIA RAFAELA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS JACA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CANO SANCHEZ MARGARITA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SABIÑANIGO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GUILLEN BELIO MARIA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BROTO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DUASO ALLUE LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La falta de unificación previa al incremento de centros con OMI AP y la facilidad que proporciona OMI a la hora de crear Actos y Agendas varias, habían llevado consigo una diversificación de los tipos de cita en cada centro, que dificultaba enormemente la elaboración del Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP), lo que conllevaba una difícil extracción de los datos así como la poca fiabilidad de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Para poder corregir errores comunicados por el SIAP mensualmente y a su vez poder realizar una correcta y realista extracción de los datos que repercuten en los Acuerdos de Gestión Clínica de los centros. Además una correcta identificación para los usuarios de las agendas en el salud informa, lo que implica citarse a través de la web.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde esta Dirección de Atención Primaria, se trabajó en un documento adecuado a las necesidades del Sector y se realizó una reunión con los profesionales de admisión de todos los centros de salud, realizando las explicaciones y aclaraciones oportunas al respecto, e indicando que este proceso forma parte de su Acuerdo de Gestión de 2016.

Una vez explicado, se les informa que con fecha 31 de diciembre de 2016 se llevará a cabo la revisión de los actos y agendas y ver el cumplimiento del punto del Acuerdo.

Este proyecto continua hasta conseguir la uniformidad y estandarización del 100% de agendas y actos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el rif de cada equipo.
La evaluación se llevará a cabo como una auditoria externa desde la DAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017-2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1712 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA RIVERA FUERTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO GASCON ANA MARIA. ENFERMERO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ELDUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)
2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente susceptible de cuidados paliativos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1713 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERA FUERTES ANA MARIA. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. DIRECCION
· CALVO GASCON ANA MARIA. ENFERMERO/A. DAP HUESCA.
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP HUESCA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una linea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Linea Estratégica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además
dormación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluídos en los AGC de los equipos dentro de la linea estratégica del EPOC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017-2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1714 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DEL PERSONAL DEL EAP

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERA FUERTES ANA MARIA. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. DIRECCION
· ELDUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Irregular cobertura de permisos con contrataciones de personal parqa sustitucines a días sueltos, muchas veces sin conocimiento de AP, ni de OMI-AP u otros programas y procedimeintos, ni conocimiento de las ZBS y forma específica de trabajar del sector.
Baja cobertura de sustituciones por el personal MAC y EAC de los permisos del EAP.
Dificultad para encontrar facultativos para sustituciones en contratos precarios (días, semanas)
Existencia de una bolsa única para el personal de enfermería, que o permite discriminar por conocimientos del AP a los profesionales en ella inscritos
Precariedad de los contratos ofrecidos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el proyecto intentamos garantizar la continuidad asistencial y minimizar la precariedad laboral en el sector.
Tener profesionales formados en AP y que garanticen la continuidad y la totalidad de la cartera de servicios en AP, minimizando el impacto de las ausencias de los profesionales habituales en la salud de la población atendida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Ver análisis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Permisos asumidos por el personal de Atención Continuada vs permisos asumidos por contrataciones externas (bolsa)
No incremento del capítulo I

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017-2018

9. OBSERVACIONES.
quedan exlcuidos de esta gestión de RRHH los 3 centros urbanos y Huesca Rural, dado que la centralización de los 4 en un único PAC, y el elevado número de profesionales a sustituir, hacen imposible esta gestión.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0736 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... MARTA ELBOJ SASO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· FUMANAL LACAMBRA CARMEN. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· LANAO MARTIN ADOLFO. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· PLANO VIDOSA PILAR. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· MORCILLO GRANADO ISABEL. TCAE. H SAN JORGE. URGENCIAS
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general:
Facilitar la palabra a las personas que sufren una enfermedad mental y crear espacios de integración real; una integración que implique la construcción de una nueva identidad más allá de la noción de la enfermedad.

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, el cronograma se divide en varias fases con distintas

Proyecto: 2016_0736 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Salud Mental
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0890 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. RECURSOS HUMANOS
· CARRERO BACIGALUPE ITZIAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· GRACIA MONTORI ESTHER. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· CUELLO OLIVAN TERESA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· GALINDO LASIERRA JOSE. GOBERNANTE/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. RECURSOS MATERIALES
· LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acopañamiento terapútico del paciente.
Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017:Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017;Implantación del protocolo en el CRP

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0892 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE ..... SONIA SANZ MALUENDA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. RECURSOS HUMANOS
· BELENGUER ABIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· VELDUQUE BALLARIN ARACELI. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora “Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP Santo Cristo de los Milagros, desarrollado en este centro en el año 2015.

El colectivo de personas con trastorno mental grave parece caracterizarse, en general y muy especialmente en el terreno del acceso al empleo, por una considerable complejidad y discapacidad,
Hacer frente a esa situación exige procesos originales e individualizados que permitan intervenciones múltiples y variadas.
La actividad productiva sirve por sí misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para fortalecer la autoestima, adquirir el rol de “trabajador”, mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto con nuevos objetivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dado el papel múltiple que puede jugar el trabajo en la vida de estos ciudadanos y aunque el ideal sigue siendo una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece necesario disponer de alternativas graduadas que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo.

Objetivo general: Mantener el taller pre-laboral, encuadrando siempre la actividad productiva en un marco rehabilitador y orientado hacia la comunidad.
Objetivos específicos:
Organizar el tiempo vital.
Desplazar el rol de la persona enferma al rol de persona trabajadora
Facilitar el desarrollo de relaciones y redes sociales
Mantener la autosuficiencia económica del taller
Mejorar la satisfacción personal y la calidad de vida
Mejorar la autonomía de las personas.
Potenciar el compromiso y su implicación terapéutica
Motivar a los usuarios para el trabajo
Iniciación el mercado laboral/ocupacional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología: Modelo de competencias
El modelo competencial se basa en los recursos con los que cuenta un individuo para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir habilidades y capacidades; en definitiva, adaptarse mejor a los cambios.

Actividades:
SESIONES FORMATIVAS, relacionados con: la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (fabricación de jabones y velas, fieltro, abalorios)
GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN, contabilidad, búsqueda de mercados de los productos artesanos (mercado ASAPME, ayuntamiento...)
COLABORACIÓN CON OTRAS ENTIDADES: conocer experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental.
RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

Proyecto: 2016_0892 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al inicio y al término del proyecto
3, Existencia del producto artesanal y exportación a la comunidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, fases:
1ª FASE DE OCTUBRE 2016 A FEBRERO de 2017:
1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad.
2. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos
3. Dos sesiones semanales de trabajo artesanal:
4. Reunión mensual de los profesionales
5. Búsqueda de nuevos mercados
6. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
7. Evaluación de la tarea
2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:
1. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión semanal
3. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
4. Visita a otros dispositivos con experiencias similares
5. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
6. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del trimestre
3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:
Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas:
Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
Se pasará de nuevo la encuesta de satisfacción/expectativas a los pacientes, comparándola con la encuesta inicial.
Evaluación final y memoria del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA DIETA DE DISFAGIA EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS

2. RESPONSABLE ..... SAGRARIO MARCO OREA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· SALINERO SANTOLARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· ZAMORA OPERE CONSUELO. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· GALINDO LASIERRA JOSE. GOBERNANTE/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADO SE ENFRENTA CON SITUACIONES DE DISFAGIA TANTO POR SU PSICOPATOLOGIA,,COMO POR TATAMIENTOS COMO EL DETERIORO PROGRESIVO FUNCIONAL A LO LARGO DE LOS AÑOS, POR LO QUE LOS PROBLEMAS DE DISFAGIA Y ATRAGANTAMIENTO Y LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS SON MUY FRECUENTES EN NUESTRO ENTORNO, A VECES CON CONSECUENCIAS MUY GRAVES, COMO EL EXITUS, POR LO QUE NOS PARECE FUNDAMENTAL CREAR UN PROTOCOLO PARA CLASIFICAR Y PODER PREVENIR LAS COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA EN NUESTROS PACIENTES

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
REUNIÓN DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR MENSUAL PARA DISTRIBUIR TAREAS Y EVALUAR PROTOCOLO
ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA FORMACIÓN DE PERSONAL EN VALORACIÓN Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA(JORNADAS Y TALLERES DE FORMACIÓN)
INCLUSION DE VALORACIÓN EN PLAN INDIDIVIDUAL DE TRATAMIENTO
DIVULGACIÓN DE METODOS Y RESULTADOS
VALORACIÓN ANUAL DE MEDIDAS ADOPTADAS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN DISFAGIA CON GRUPOS ESPECIALIZADOS EN EL TEMA
DIVULGACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS MEDIANTE SESIONES CLÍNICAS INTERNAS A TODO EL PERSONAL SANITARIO
ELABORACIÓN DIETAS DISFAGIA, EQUILIBRADAS EN VALORES NUTRITIVOS Y QUE SATISFAGAN AL USUARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ALIMENTICIO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CLASIFICACIÓN DE DISFAGIA MEDIANTE MECV-V
ELABORACIÓN DIETAS DISFAGIA
MEDIDA DE VALORES NUTRICIONALES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURANTE ESTE AÑO, 2016 SE PRETENDE CLASIFICAR EL GRADO DISFAGIA DEL 100% DE LOS PACIENTES.
FINALIZACIÓN PERIODO 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACION DE FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

2. RESPONSABLE ..... BELEN ARTERO GUILLEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA PARDOS ANA MARIA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE/PSICOGERIATRIA
· JUNCOSA AIN CARLOS. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· MARCO OREA SAGRARIO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE/PSICOGERIATRIA
· RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es frecuente que algunos pacientes hospitalizados en un momento determinado decidan abandonar el hospital o planificar una fuga, especialmente en los casos en que desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados en contra de su voluntad. Debido a la vulnerabilidad del paciente en el contexto de una crisis, las fugas y abandonos son un riesgo para la seguridad del paciente y potencialmente de otras personas.
La responsabilidad de los profesionales en cuanto a la custodia de los pacientes en salud mental, se ve en ocasiones en conflicto con el cumplimiento de la normativa vigente que salvaguarda el derecho a la autonomía del paciente (Ley 4/2002,de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente). La organización sanitaria deberá procurar una atención que además de respetar la dignidad de la persona y libertad individual, garantice la seguridad de los pacientes a su cargo, por lo que se establece la necesidad de realizar una actualización del procedimiento de actuación en los casos en los que se detecte la fuga de un paciente en nuestra unidad así como la inclusión de una valoración del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer un marco de actuación común en caso de fugas y adecuarlos a la normativa legal establecida

- Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que proporcione la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente.

- Incluir una valoración individualizada del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención al paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán reuniones del equipo para la elaboración y creación de los registros necesarios para agilizar los trámites en el caso de fuga:

- Hoja de registro de fuga (para comunicar el hecho vía Fax al juzgado, Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil)

- Hoja de comunicación de retorno de fuga

- Establecer criterios de clasificación de niveles de vigilancia

- Valoración del riesgo de fuga según los criterios anteriores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicadores del procedimiento:

1. Elaboración del procedimiento según calendario previsto.
2. Grado de implantación (porcentaje de fugas durante el primer año de aplicación del procedimiento)

- Indicadores del resultado:

1. Número de fugas registradas durante 1 año de aplicación. .
2. Cumplimentación de la hoja de registro de fugas durante este periodo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Noviembre 2016
Fecha fin : Junio 2017

CALENDARIO

NOVIEMBRE : Reunión del equipo para programación de tareas
ENERO : Elaboración de un borrador
FEBRERO : Elaboración del procedimiento
MARZO : -Información y difusión entre los profesionales del centro implicados en su aplicación
- Aplicación del procedimiento

Proyecto: 2016_0622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACION DE FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

MAYO : Primera reunión de Evaluación y seguimiento de la implantación
JUNIO : Reunión de seguimiento y evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN EL CENTRO DE GASTO DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SARRIA HERREROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ TAUSIA DANIEL. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
· ELFAU MAIRAL MARIA. FARMACEUTICO/A. DAP HUESCA. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los neurolépticos son fármacos cuyo objetivo es bloquear de los receptores D2 postsinápticos. La acción de los neurolépticos ni es selectiva a nivel local, ya que afecta al conjunto del sistema dopaminérgico, ni es exclusivo a nivel receptorial ya que afecta a muchos otros receptores además de los dopaminérgicos.

Estamos ante unos fármacos que no ofrecen un ttº etiológico sino sintomático, que fueron inicialmente aprobados para su uso en la esquizofrenia y con usos actuales mas amplios, muy poco selectivos a nivel receptorial y con un perfil de efectos secundarios y posibles complicaciones relevantes.

En los últimos años hemos asistido a una importante polémica y es difícil evaluar tanto la eficacia como la seguridad de estos fármacos, porque el grueso de las publicaciones ha tenido influencia de la industria farmacéutica. En algunos casos se ha ocultado (no se ha comunicado) resultados desfavorables de estudios patrocinados por multinacionales que posteriormente ha sufrido multas millonarias.

Los efectos secundarios son muy diversos y de potencial gravedad. Existe infinidad de literatura, pero hay dos hechos a resaltar, la alta frecuencia de las alteraciones hormonales y endocrinometabolicas y el debate sobre su efecto en SNC

Se pretende recoger los datos de dispensación de neurolépticos en el ejercicio 2016 correspondiente al centro de gasto del Centro de Rehabilitación Psicosocial CRP Sto Cristo de los Milagros del que dependen tres unidades hospitalarias: UME, ULE y Psicogeriatría y tres USM (Pptuo Socorro, Jaca y Sariñena-Grañen-Almudevar).

Hay que tener en cuenta que tanto la contabilización del gasto como el suministro no dependen de una misma unidad, estando involucrada tanto la farmacia de AP como la farmacia del CSS SGDO Corazón.

No disponemos de los instrumentos necesarios para realizar un análisis cualitativo, ni se ha realizado una revisión manual de un número representativo de historias clínicas para poder ser riguroso, por lo que hay que limitarse a hacer algunos comentarios autocríticos sobre la evidencia, es decir sobre la práctica clínica generalizada, en relación a dos hechos: la polifarmacia y la dosis excesiva.

Una aproximación artesanal a nuestras historias clínicas, al menos las del CSM donde yo trabajo y las de compañeros a las que he podido tener acceso demuestran que esta mala práctica está más extendida de lo que debiera. Los pacientes psicóticos en monoterapia son más la excepción que la regla. Se podría decir que se están prescribiendo con cierta banalidad (10).

Respecto a la prescripción de dosis excesivas es evidente que el aumento del consumo al que me he referido en la justificación se explica en parte porque estamos prescribiendo dosis más altas, además de ampliar el abanico de indicaciones, en ocasiones fuera de ficha técnica. El que en una década se pasara de las 3DHD a las más de 8, junto a la estabilidad de la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis lo ratifican.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este documento es hacer una cuantificación del consumo y el gasto y un análisis cualitativo del uso a la luz de las recomendaciones de la literatura con el fin de establecer líneas de mejora realistas y mensurables que puedan incorporarse a la gestión clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una vez realizado el análisis sobre los datos cuantitativos del gasto, se establecen unas líneas de mejora a la luz de los datos aportados y de las recomendaciones de consenso de la literatura. Los documentos consultados acuerdan en la restricción del uso de los neurolépticos, pero en distinta medida

A la racionalización de la prescripción y consecuente disminución del gasto hay que llegar recorriendo un camino. Las medidas simplemente desincentivadoras son de corto alcance.

Para ello son necesarias tres etapas:

1ª Tener más información y que esta sea más asequible

-Registro de pacientes afectos de TMG (en el momento actual se está instaurando dicho registro, siendo

Proyecto: 2016_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN EL CENTRO DE GASTO DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Huesca es el primer sector sanitario en el que se instaura)
-Historia clínica informatizada de SM
-Auditoria clínica del uso de neurolépticos

2ª Mejorar las prácticas clínicas

-Formación, implicación y coordinación de los profesionales
-Introducir consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
-Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ª Supervisar

-Protocolo de ttº
-Protocolo de monitorización de efectos secundarios
-Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con Consentimiento informado en su historia:
Pacientes en tto con neurolépticos con consentimiento informado / Total de pacientes en tto con neurolépticos (>= 10%)
Existencia protocolo de ttº:
Elaboración y aprobación por Dirección de protocolo de tto con neurolépticos (SI)

% disminución del gasto por neurolépticos:
% de disminución del gasto por neurolépticos en 2017 con respecto al 2016 (>=5%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el primer trimestre de 2017 se realiza análisis cuantitativo del gasto que sirve como punto de partida
El resto de actividades se realizaran de forma paulatina hasta final del 2018

9. OBSERVACIONES.
La consecución de los objetivos irá ligada en parte a la mejora de la Historia clínica electrónica y a la implicación de otros profesionales

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· SANZ MALUENDA SONIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· JUNCOSA ASIN CARLOS. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· BELENGUER ABIAN CRISTINA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· AUDINA ZAPATER MARIA JOSE. TCAE. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· FAU MARTINEZ JUANA MARIA. TCAE. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Junio 2017.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1322 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MOTORIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CERECEDA SATUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABAS LARRUY MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CABELLUD LASIERRA MIRIAM. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ASCASO IRENE. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Diversos estudios muestran que los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen una morbimortalidad más elevada que la población general. Dentro de las principales causas se encuentran las enfermedades cardiovasculares (HTA, IAM, ACV) y las enfermedades nutricionales y metabólicas. De hecho, los pacientes con TMG, principalmente con Esquizofrenia, presentan un porcentaje más elevado de factores de riesgo cardiovascular que la población general, siendo por tanto importante su detección.
La dispersión geográfica del área objeto de intervención, así como el de sus profesionales, dificulta una adecuada monitorización de los factores de riesgo cardiovascular de este tipo de pacientes, que en muchas ocasiones acuden con menor frecuencia a su Médico de Atención Primaria y a los programas de prevención propios de éste nivel.
De esta forma, se pretende mejorar la coordinación entre el personal de enfermería y el FEA de Psiquiatría, así como una monitorización de los factores de riesgo cardiovascular.
Pese a no existir un consenso, a efectos de este proyecto entenderemos por TMG aquellos pacientes principalmente con diagnósticos incluidos dentro del espectro psicótico, con una duración de la enfermedad de al menos dos años y deterioro funcional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Atención al Trastorno Mental Grave mediante la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes y su derivación a especialista de MFyC en caso de que sea necesario. Se pretende también establecer posteriormente medidas encaminadas a su control y prevenir enfermedades derivadas de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Se realizara una sesión clínica con el personal de enfermería donde se informará de las recomendaciones a seguir para la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular. En este primer estadio se establecerán los cuidados necesarios en varios grupos: TMG en tratamiento con fármacos depot, TMG en tratamiento con clozapina, resto de pacientes con diagnóstico de TMG. De cara a establecer las frecuencias del seguimiento se seguirán las recomendaciones aportadas por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
• Desde la consulta de Salud Mental se derivarán los pacientes con diagnóstico de TMG a la consulta de Enfermería de Atención Primaria de referencia.
• Una vez remitido se realizarán las siguientes determinaciones, cuya periodicidad dependerá del riesgo previo del paciente así como del tratamiento psicofarmacológico instaurado:
– Medidas antropométricas: peso, talla, IMC
– Analítica general: colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, glucemia, hemograma, prolactina en caso de recibir tratamiento con neurolépticos.
– Constantes: TA, FC
– EGC
– Antecedentes consumo de tabaco.
– Los datos serán incluidos en el programa informático OMI
– Al paciente se le proporcionará una cita para revisión y en su defecto se generará un flash en el programa informático con la siguiente visita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes con medidas antropométricas registradas /Número de pacientes con TMG
- Número de pacientes con registro de constantes en los últimos seis meses/ Número de paciente con diagnóstico de TMG

Proyecto: 2016_1322 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MOTORIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

- Número de pacientes con analítica en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
- Número de pacientes con ECG realizado en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
Los estándares se establecerán en un 70% y para ello se evaluaran los datos registrados en el último año.
Seguimiento: se realizará una reunión anual con los profesionales implicados con objetivo motivacional, evaluación conjunta de resultados, propuestas de áreas de mejora, recuerdo de protocolo instaurado así como darlo a conocer entre el personal de reciente incorporación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero-Junio 17: recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo.
-Junio-Septiembre 17: realización de protocolo siguiendo las recomendaciones citadas y realización de sesiones clínicas dirigidas principalmente a personal de enfermería.
-Septiembre- Diciembre 17: derivación de pacientes.
-Al ser una actividad continuada no tiene fecha de finalización.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1721 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA EN UNA UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION GRACIA BERCERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· GUERRI LLES YOLANDA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· BAENA JIMENEZ NIEVES. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el CRP Santo Cristo de los Milagros desde la Unidad de enfermería trabajamos con la dinámica de trabajo de Enfermera referente,esto implica que cada Enfermera tiene unos pacientes asignados para realizar el seguimiento de su rehabilitaciín y continuidad de cuidados desde antes del ingreso hasta el alta del centro.
Cada paciente tiene unos objetivos planificados en los PIR y dentro de los PIR se incluye el plan de cuidados de enfermería, la realización de la consulta va a ayudar a crear una dinámica de trabajo donde la enfermera tiene un espacio para dedicar a intervención individual con cada paciente y hacer el seguimiento del plan que tiene que ver con los cuidados de enfermería.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
objetivos:
-La enfermera referent de cada paciente realizará la consulta mensual con sus tutorizados.
-Fomentar hábitos saludables durante el ingreso y asegurar la continuidad de cuidadso
-Seguimiento de los objetivos y actividades pactados con el paciente y planificados en el PIR

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro de la actividad: Número de pacientes a los que se realiza la consulta/numero de pacientes a los que se realiza la consulta y se refleja en el registro diseñado para ello
-Numero de pacientes ingresados/numero de pacientes a los que se les realiza la consulta bimensual (minimo).
-Reunión enfermería trimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Reunión de Enfermería inicial (ya realizada) Junio 2017 para asignar pacientes y dewsarrollae programa de la actividad
-Noviembre 2017 Reunión para valorar actividad
-Diciembre 2017:valoración cuantitativ a de la actividad e indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0884 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" (HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GUERRI LLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLL MATEOS RAQUEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· GARCIA PARDOS ANA MARIA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· LAGUNA RODRIGO RAQUEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" es un Centro de Rehabilitación Psicosocial con un equipo multidisciplinar. Se realiza un Plan Individual de Rehabilitación (P.I.R.) de cada paciente, en el cual hay un Área de Cuidados de Enfermeria. Se ha observado la necesidad de adaptar El Plan Estandarizado de Cuidados con nomenclatura NANDA, NIC y NOC al formato del P.I.R.
Durante el tiempo de trabajo en la convocatoria previa, se ha constatado la necesidad de mejorar y adaptar el Área de enfermería.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Elaborar el Plan de Cuidados Estandarizado con los Diagnósticos e Intervenciones más frecuentes en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (ya realizado en la convocatoria 2015)
2.- Adaptación al formato P.I.R. multidisciplinar.
3.- Implantación del Plan Estandarizado dentro del Área de Enfermería en el P.I.R.
4.- Evaluación al año de su implantación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Se realizó la selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
2.- Se desarrollaron los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
3.-Se realizará en equipo, el documento de donde se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación individualizándolo (en proceso; por el grupo de trabajo)
4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (Equipo de enfermería)
5.- Evaluación a los 6 meses del Plan Estandarizado de Cuidados Enfermería (grupo de trabajo)
6.- Modificación si precisa, tras la evaluación (grupo de trabajo)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Número de diagnosticos desarrollados y adaptados al formato P.I.R.
2.- Implementación del Área de Cuidados de enfermería en el P.I.R.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Realizar el documento: Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería. (hasta Febrero 2017)
2.- Implantación dentro del P.I.R. multidisciplinar (Marzo-Agosto 2017)
3.- Evaluación a los 6 meses (Septiembre 2017)
4.- Modificación si es preciso (Octubre 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUERTOLAS GUERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AURIA GENZOR MARIA GEMA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· CABRERO CLAVER ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· GRACIA ALAGON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· BRETOS FAÑANAS SILVIA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA
· ASUN ASPIROZ TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· UBIETO COMENGE LOURDES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

-Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.

- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento.(Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa…)

- Racionalizar las cargas de trabajo.

- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv…)

- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.

- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.

-Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..

-Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.

-Coste económico de la técnica
-Coste en tiempo de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Inicio de recogida de datos:marzo 2016
-Finalización de recogida de datos: enero 2017
-Marzo 2016: revisión bibliográfica
-Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
-Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.

Proyecto: 2016_0045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

-Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cuidados paliativos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ESPOT ALMA MARIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· LOPEZ TORMES CONCEPCION. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· GRACIA ALAGON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· LOPEZ BESCOS SUSANA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· AURIA GENZOR MARIA GEMA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· BELLON RAMOS TURIA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· PUERTOLAS GUERRI YOLANDA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad.
Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Proyecto: 2016_0050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items eliminandos.

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Mejora del proceso enfermero

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente pluripatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

2. RESPONSABLE ..... LUCIA MORLANS GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Más de la mitad de los pacientes octogenarios con EA severa son tratados mediante terapia conservadora (tratamiento paliativo que no mejora el pronóstico vital), cuando, aunque no son aptos para recibir el tratamiento convencional mediante cirugía, sí podrían beneficiarse del reemplazo valvular por vía percutánea (TAVI).
Una valoración geriátrica integral es fundamental para el abordaje efectivo y eficiente de estos pacientes identificando aquellos que podrían beneficiarse de dicha alternativa y descartando aquellos en los que la esperanza de vida sea inferior a un año.
Este hecho convierte al TAVI en el paradigma del enfoque multidisciplinar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar la variabilidad en la valoración de los pacientes subsidiarios de TAVI en el sector de Huesca mediante el diseño y redacción de un protocolo que integre instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo.
Responder de forma rápida y eficaz a la solicitud de colaboración por parte de los cardiólogos de nuestro sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Diseño y redacción de un protocolo para valoración geriátrica integral del paciente subsidiario de TAVI.
2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología del Hospital San Jorge en el plazo de una semana.
3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) REDACCIÓN DE PROTOCOLO SI/NO
2) VALORACIÓN EN EL PLAZO DE UNA SEMANA AL 90% DE LOS PACIENTES ENVIADOS SI/NO
3)APLICACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL 100% DE LOS CASOS. SI/NO
4) REDACCIÓN Y ENVÍO DEL INFORME AL SERVICO DE REFERENCIA EN EL 100% DE LOS CASOS SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEPTIEMBRE DE 2016: DISEÑO Y REDACCIÓN DEL PROTOCOLO
OCTUBRE 2016-MAYO2017: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO
MAYO 2017: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NARVION CARRIQUIRI ADRIANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Urgencias inicialmente preparado para atender patología aguda y grave se enfrentan día a día y cada vez con más frecuencia a pacientes con múltiples enfermedades, reagudizaciones de enfermedades crónicas y ancianos frágiles.

El número de visitas al Servicio de Urgencias ha ido aumentando en las últimas décadas. Actualmente se estima que la población anciana origina entre el 15-25 % del total de la carga asistencial en este sector.

La formación del médico de Urgencias no debe de centrarse únicamente en el proceso agudo sino que debe reconocer las peculiaridades del paciente geriátrico para su adecuada derivación y que éste se beneficie de la atención en un Servicio de Geriatría..

Por todo ello es necesario la unificación de criterios entre los especialistas de los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatría para que la calidad asistencial resulte lo mas eficaz y eficiente posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Elaborar un protocolo consensuado entre los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatría de adecuación de ingreso de los pacientes mayores de 80 años.
2. Una vez realizado el protocolo formar y difundir dicho proyecto a los profesionales sanitarios implicados para su cumplimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reuniones de equipo con le representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo.
3. Elaboración del protocolo
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico desde el Servicio de Urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluar la adecuación de la derivación desde la implantación del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto: 1 de junio de 2017
Fecha de fin del proyecto: 1 de junio de 2018

ACCIONES Y CALENDARIO PREVISTOS
1. Búsqueda bibliográfica durante el mes de junio de 2017 por todos los integrantes del equipo de mejora
2. Reuniones de equipo con el representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo: tras la búsqueda de bibliografía y durante los 6 últimos meses del año 2017
3. Elaboración del protocolo por todos los integrantes del equipo de mejora durante los 6 últimos meses del año 2017
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico. Se llevará a cabo tras la elaboración del protocolo por los componentes del equipo de mejora durante los 3 primeros meses del 2018
5. Implantación del protocolo: tras la realización de las sesiones formativas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología aguda
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_1621 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LUESMA CASAÑOLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AURIA GENZOR MARIA GEMMA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· PUEYO ARTIEDA ALMUDENA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· MARTIN GROS LOURDES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· BALLABRIGA ESCUER MARISOL. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· LERA DEL AMO JAVIER. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. LOGOPEDIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca presta una asistencia centrada fundamentalmente en la asistencia al paciente geriátrico en todo su proceso asistencial:
- Pacientes con enfermedades agudas o descompensación de enfermedades crónicas
- Pacientes que precisan cuidados de larga duración
- Pacientes con enfermedades en fase avanzada y/o irreversible
- Pacientes que requieren RHB (fundamentalmente patología neurológica y traumatológica).

Al alta, en la continuidad de cuidados al domicilio, el cuidador/familia es el principal apoyo del paciente. Para que este apoyo se de en las máximas condiciones de calidad y de seguridad tanto para el paciente como para el propio cuidador, es necesario un adiestramiento y una formación adecuada.

Desde el año 2009 se vienen realizando en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de forma periódica unos talleres dirigidos a tal fin. La encuesta de satisfacción revela unos resultados muy positivos. De sus comentarios se deduce que podría obtenerse un mayor beneficio documentando los conocimientos que se ofrecen porque algunos cuidadores por sobrecarga de trabajo o incompatibilidad horaria no pueden asistir de forma presencial. Podría tratarse también de recuerdo de algunos de los aspectos tratados en el taller.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
- Elaboración de un documento formativo, sencillo y visual con un resumen de los conocimientos impartidos en los talleres de adiestramiento de cuidadores

Otros objetivos:
- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Continuar con los talleres que se vienen ofertando
- Revisar encuesta de satisfacción, dejando pregunta abierta para detectar aspectos del cuidado no tratados y demandados
- Intentar grabación de sencillos vídeos de los aspectos más prácticos y útiles del taller

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Elaboración del documento formativo	Se ha elaborado un documento y se entrega a los pacientes dados de alta con dependencia o riesgo de dependencia	>40% (se comenzará a entregar en octubre)
Satisfacción con los talleres	Resultado de la encuesta: recomendaría a otros cuidadores la asistencia a este taller	>90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Julio 2017: reunión del equipo de mejora ya constituido para seleccionar aspectos formativos más importantes que deba contener el documento. Cada subgrupo profesional se encargara de los temas de su competencia
- Septiembre 2017: puesta en común
- Octubre 2017: puesta en marcha del primer borrador, acompañado de encuesta de satisfacción.
- Enero 2018: evaluación y detección de áreas de mejora

Proyecto: 2016_1621 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Riesgo de dependencia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1635 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD BALLABRIGA ESCUER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO ARTIEDA ALMUDENA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· QUILEZ PINA RAQUEL. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· MOYA PORTE TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· ALLUE GRACIA MIGUEL. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· LUESMA CASAÑOLA CARMEN. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIRECCION
· MONTOIRO ALLUE RAQUEL. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las heridas crónicas suponen un problema de salud de primer nivel que repercute en todos miembros del sistema sanitario tanto en los pacientes, disminuyendo su calidad de vida, autonomía, autoestima e incapacidad para la vida laboral, como en los profesionales y la organización con un elevado coste en su atención ya que consumen muchos recursos sanitarios tanto humanos como materiales.
Las Unidades de Heridas deben garantizar el derecho a la atención sanitaria poniendo al servicio de la persona con heridas todos los recursos técnicos y humanos.
Hace 10 años en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se creó la Unidad de Heridas de Sector de Huesca constituyendo un equipo interdisciplinar que garantiza el derecho a la asistencia sanitaria, además de ser un modelo de coordinación entre los niveles asistenciales para lograr una atención integral. El papel de la enfermera responsable de la Unidad como profesión que amalgama y cataliza las necesidades de los pacientes ha sido clave para el desarrollo y evolución de la Unidad y para la coordinación tanto de equipo interdisciplinar en el centro como con otros niveles asistenciales del Sector e, incluso, de la provincia.

En 2010 se publicó el primer documento: “Ulceras crónicas: un abordaje integral”
Al cumplirse 10 años se pretende valorar la evolución de la Unidad, consolidar su funcionamiento a través de la detección de áreas de mejora

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Los propios de la Unidad de heridas crónicas:

o Valorar la efectividad y la eficiencia de las distintas alternativas terapéuticas en las heridas crónicas
o Disminuir la variabilidad en la práctica clínica tanto en diagnóstico como en tratamiento
o Aumentar la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial
o Evitar ingresos innecesarios
o Compartir el conocimiento con profesionales de otros niveles asistenciales
o Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas

- Crear una agenda propia de citación que permita una mejor gestión de tiempos en la consulta y mayor facilidad para la explotación de datos y obtención de indicadores
- Incluir la Unidad en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Consulta de referencia del Sector para pacientes con heridas crónicas liderada por Enfermería (Mª Sol Ballabriga), respaldada por el equipo formado por otro personal de enfermería, médicos geriatras y consultores.
- Acceso a la consulta desde el propio Hospital, H. S Jorge, Atención Primaria, Centros residenciales :
o Presencial
o Telefónica
o A través de tecnologías de la información (se ha implementado de manera informal)

- Servir de referencia para nuevos proyectos (valoración de úlceras asociadas a patología autoinmune, consulta de pie diabético…)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
% pacientes según el origen de la demanda	% de pacientes que son derivados del propio hospital, desde H S Jorge, de AP, de centros residenciales	
Tasa de epitelización	% de heridas que son derivadas a la Unidad y que se epitelizan por completo en un año	>=85%

Proyecto: 2016_1635 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HERIDAS CRÓNICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... NIEVES DOZ SAURA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL. GERIATRA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. GERIATRA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· LEDO BLASCO PATRICIA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La anemia ferropénica es un síntoma/enfermedad muy prevalente en nuestro medio, más aún tratándose de pacientes geriátricos. Cada vez los facultativos de nuestro Hospital prescriben más el Hierro intravenoso .
Se decidió por consenso que la administración del Hierro intravenoso de forma ambulatoria se administrara en el Hospital de Día de Geriatría.
Para la realización de esta práctica que precisa cuidados especiales, es necesario redactar un protocolo de actuación y difundirlo para que todos los profesionales implicados (Geriatras, farmaceútica, enfermeras y auxiliares) tengan conocimiento de él.
De esta menera se asegura la realización de forma homógenea para mayor seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Administración del Hierro intravenoso en las mejores condiciones posibles en el Hospital de Día de Geriatría.

- Mejorar la seguridad del paciente geriátrico ambulatorio en todos aquellos a los que se les prescriba hierro endovenoso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Para la realización del protocolo se crea un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmaceútica, enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realiza una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares que habrá que adaptar a nuestro tipo de paciente geriátrico y a nuestro ámbito Hospital de Día.
- Una vez elaborado el protocolo, se pasará para su revisión a la Unidad de Calidad y a la Dirección para su aprobación
- Se difundirá en una Sesión interna del Hospital de Día
- El algoritmo resultante se colocará en sitio visible

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CRITERIOS EVALUACIÓN:
- Control de constantes antes, durante y despues de la infusión
- Registro documental de los controles
- Asegurar que consta historia de alergia e hipersensibilidad
- Asegurar cita para visita médica posterior de control
- Registrar incidentes y efectos adversos en hoja enfermería y en SINASP
INDICADORES:
- Nº pacientes tratados según procedencia
- % pacientes con la totalidad de registros cumplimentados
- % pacientes que sufren algún efecto adverso durante o en los 30 minutos posteriores a la perfusión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Revisión bibliógráfica: Nov. 2016
- Redacción del protocolo y difusión en Hospital de Día G.: Dic 2016
- Comienzo de los registros: 1 /01 /2017
- Registro de efectos adversos: desde 01/01/2017
- Evaluación semestral y reunión del equipo de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anemia ferropénica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_1128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0601 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALGADO GRACIA ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· MARTIN GROS MARIA LOURDES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios. En general se trata de pacientes geriátricos con múltiples patologías. En los 15 años de existencia del Servicio ha aumentado considerablemente la actividad con practicamente los mismos recursos, por lo que se hace imprescindible una perfecta coordinación y un aprovechamiento del tiempo y de las actividades para prestar un servicio más eficiente.
Para ello en primer lugar se impone una recogida y registro de todos los datos y una elaboración de indicadores sencillos y facilmente medibles que nos proporcionen la información necesaria para tomar decisiones en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- COntar con una base de datos de la actividad del Servicio
- Facilitar lo máximo posible el registro para todos los estamentos
- Tener accesible la información del Servicio para que todos los implicados puedan acceder a ella
- Obtener indicadores de medida de los procesos de Rehabilitación
- Facilitar la toma de decisiones en base a los indicadores obtenidos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- - Reunión del Servicio de Rehabilitación con el de Informática para recoger las ideas e intentar plasmarlas en un primer borrador.
- Elaboración de la base de datos por parte de la Informática del Hospital
- Sesión informativa a todos los implicados acerca del registro de datos en la base informática
- Pilotaje de la base de datos (primer trimestre)
- ´Reunión para valorar las sugerencias de cambio tras el pilotaje
- Puesta en marcha definitiva

- Elaboración de los primeros indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- - Base de datos elaborada: SI /NO
- % de cumplimentación de los campos de la base (>80%)
- Selección de indicadores básicos (se elegirán una vez pilotada la base de datos, se determinarén en la evaluación intermedia del proyecto)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de la base de datos: 4º trimestre 2016
- Pilotaje del registro: 1º trimestre 2017
- Implementación de las modificaciones tras el pilotaje: Abril 2017
- Puesta en marcha: Abril 2017
- Selección de indicadores: Junio 2017
. Evaluación final: Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.
En esta primera propuesta se pretende registrar los pacientes ambulatorios.
Posteriormente se pretende llevar a cabo una sistemática similar para pacientes ingresados, obviamente con algunos datos e indicadores distintos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente geriatrico pluripatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0601 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Proyecto: 2016_1607 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... SIMEON LOPEZ GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONGE OTAL SILVIA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIOLOGIA
· TRILLO CAMPO MARTA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· LANASPA BENITEZ ROCIO. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· GAVIN CLAVER MARIA JOSE. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· JARAMILLO GONZALEZ ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA PREVENCION CANCER DE MAMA
· CALVO PARDO AURORA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA PREVENCION CANCER DE MAMA
· VINUE ANTONIO. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por todas las zonas de salud de la Comunidad Autónoma.
La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.
La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
El año pasado se actualizó la documentación del Proceso: “cribado poblacional de cáncer de mama”. Se identificaron los distintos subprocesos, se priorizaron y se nombró responsables de cada uno de ellos.
En Aragón, las mamografías se llevan a cabo en Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud.
En los dos tipos de Unidad se realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen más adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de mamografía por problemas técnicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Documentar el subproceso “realización de mamografía de cribado y recribados”
-Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
-Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Siguiendo las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología, se identificaran los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
- Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Mamografías repetidas por problemas técnicos	Nº de mamografías repetidas por problemas técnicos /nº mamografías realizadas	<1%
Existencia de subproceso documentado e implantado	Documento Si/NO	SI
Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica	% usuarias satisfechas o muy satisfechas con la atención recibida / usuarias que cumplimentan la encuesta	>90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1607 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017.
Al final del año, además de conseguir el estándar de calidad en la repetición por problemas técnicos, se pretende identificar otros indicadores que permitan evaluar más aspectos de la realización de la técnica

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ANA SALGADO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· LERA DEL AMO JAVIER. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· MARTIN GROS MARIA LOURDES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
· LACAMBRA SANTOS EVA. LOGOPEDA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CHARTE GASTON MARTA. LOGOPEDA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· NERIN BUEN NATALIA. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios con dinámicas de trabajo diferentes. El tratamiento de los pacientes ambulatorios se realiza en las primeras y en las últimas horas de la jornada; suelen ser tratamiento individuales o en reducidos grupos, y con una duración máxima de 30 minutos. El tratamiento de los enfermos ingresados se realiza entre las 10 y las 13 horas, el tiempo que transcurre entre el desayuno y la hora de la comida. Disponemos por tanto de 180 minutos para atender a un colectivo que en ocasiones alcanza los 40 enfermos. En ese intervalo de tiempo realizan las diferentes sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia y aunque el tratamiento es individual, en las instalaciones están presentes los demás enfermos. Lógicamente cuanto mayor es el número de enfermos, menor es el tiempo de dedicación a cada uno.
De forma mayoritaria el paciente que ingresa en nuestro centro para rehabilitación es un anciano, con pluripatología y que de forma aguda o progresiva ve disminuida su capacidad funcional. Aunque también se derivan adultos jóvenes todos ellos son enfermos con una elevada dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVDB). Esto supone una elevada carga de trabajo y especialmente para el personal auxiliar de enfermería.
Por circunstancias diversas ya sea por factores dependientes del enfermo (como la aparición de complicaciones médicas), o del propio sistema sanitario (realización de pruebas complementarias, consultas médicas...) o circunstancias sociales (realización de obras en el domicilio para la supresión de barreras arquitectónicas, enfermedad del cuidador o búsqueda de residencia) la estancia hospitalaria se prolonga y con ello también el tratamiento de rehabilitación.
Los recursos humanos del Servicio de Rehabilitación no solo no se han mantenido estables en los últimos años sino que han disminuido.
Como consecuencia de todas las anteriores circunstancias es necesario definir con precisión la duración más eficiente del tratamiento rehabilitador de manera que todos los recursos se dediquen a los enfermos con un potencial para mejorar funcionalmente y no a aquellos con una situación estabilizada.
La comunicación a las familias o cuidadores sobre los resultados funcionales obtenidos con cada enfermo se realiza habitualmente por intermediadores como son los médicos geriatras, que son siempre los que derivan mediante una hoja de interconsulta al paciente a rehabilitación. Con ello a veces se pierde calidad y cantidad en la información a pesar de las sesiones conjuntas semanales entre el médico rehabilitador y los médicos geriatras. Este es un punto débil que representa también una oportunidad de mejora con este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-No prolongar la duración del tratamiento rehabilitador, una vez que se hayan alcanzado los objetivos propuestos por el equipo.
-Transmitir esos resultados obtenidos a las familias y/o cuidadores principales así como la enseñanza de cuidados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los objetivos de cada paciente en rehabilitación se van a dividir en 3 categorías:
1.Objetivos de fisioterapia: relacionados esencialmente con la capacidad de marcha del paciente.
2. Objetivos de terapia ocupacional: relacionados con las AVDB y la situación cognitiva.
3. Objetivos de logopedia: en relación con la deglución y la comunicación.
Cada uno de estas metas se plasmará en una o varias escalas que se pasarán al enfermo al inicio, al final del tratamiento y semanalmente como mínimo. En función de ellas de establecerán unas pautas, en unos tiempos determinados y una vez alcanzados se programará una fecha de alta de Rehabilitación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Son 4 los indicadores principales:
-Porcentaje de pacientes en los que se prolonga el tratamiento rehabilitador y número de sesiones de cualquiera de las 3 terapias .
-Porcentaje de familias con las que se contacta y porcentaje en las que ésta se lleva a cabo la entrevista.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El inicio del plan tendrá lugar en el tercer trimestre del 2016 y las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017 con un primer corte de resultados el 30 de junio del 2017.

Proyecto: 2016_0377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

9. OBSERVACIONES.
-Para cumplir uno de los objetivos del proyecto, la utilización del tiempo y de los profesionales de forma eficiente, sería necesario adquirir andadores de apoyo antebraquial, uno para cada una de las 3 plantas de geriatría. De esta forma las familias podrían emplearlos por las tardes, en el caso de que lo precise el paciente y fundamentalmente cuando se les ha dado el alta de RHB para mantener la capacidad funcional obtenida.
-El trabajo de los auxiliares de enfermería es esencial en el Servicio de Rehabilitación y por supuesto también en este proyecto. Por motivos de espacio no se han podido incluir entre los 8 componentes, pero los nombramos aquí: Juan José Sierra Grasa, Maria Boned Perez, Ana Mª Jaime Cuello, Rosario Martinez Perdomo, Lidia López Tormes, Basilisa Jurado Castro. También queremos incluir a la informatica Maria Isabel Pueyo Moy sin cuyos conocimientos e intervención no será posible la realización de este trabajo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con alto nivel de dependencia, fundamentalmente por patología del sistema nervioso y/o del aparato locomotor
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO DE DIOS ROMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MERINO LABORDA MARIA TERESA. MEDICO/A. H JACA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El problema se detectó al revisar el incumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna (Consenso Para la Elaboración del Informe de Alta Hospitalaria en Especialidades Médicas. Med Clin(Bar).2010;134(11):505-510. Accesible online en: www.elsevier.es/medicinaclinica / http://mileon.files.wordpress.com/2010/05/consensoinformealtahospitalaria.pdf).

Las causas de estas deficiencias en los informes pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada como burocrática y poco atractiva, la complejidad de los datos (pluripatológicos y polimedicados), la mayor probabilidad de cometer errores, el síndrome del médico quemado, la histórica ausencia de evaluaciones de calidad asistencial y la histórica ausencia docente e investigadora basada en la revisión de datos de informes de alta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera mejorar la calidad y cantidad de información relevante del contenido de los informes de alta. Esta mejora se traduce en un impacto positivo para la continuidad asistencial entre diferentes niveles, se producen menores errores y mayor seguridad, se posibilita un mejor uso de datos para epidemiología, investigación, docencia y se evitan problemas legales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se espera que, al menos el 50% de los procedimientos del informe del alta detallados en el consenso sobre los antecedentes, la historia actual, la exploración física, los exámenes complementarios, la evolución, los diagnósticos, el tratamiento y el control al alta se cumplan.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se proponen 16 indicadores (constancia de contenidos en los informes de alta):

1. Ausencia de acrónimos (excepto los clásicos HTA, EPOC y ECG).
2. Antecedentes: familiares, capacidad funcional o grado de dependencia en pacientes de alto riesgo (edad > 80 años, comorbilidad como ictus, neoplasia en fases terminal o demencia, por ejemplo).
3. Antecedente: información detallada de la comorbilidad (grado del déficit cognitivo, grado de EPOC, órganos diana afectados por la HTA o diabetes, % de la HB A1c en la diabetes, el estadiaje de la neoplasia (TNM, por ejemplo), el filtrado glomerular en la insuficiencia renal, causa y grado de la insuficiencia cardiaca, etc.).
4. Antecedente: pronóstico de las enfermedades en estadio avanzado o terminales (mal pronóstico e irreversible) y constancia de la orden de no reanimar o limitación del esfuerzo terapéutico (integrar las Voluntades Anticipadas).
5. Antecedentes: tratamiento actual o previo detallado con el nombre del principio activo, la dosis, la vía de administración y el horario prescrito.
6. Antecedentes: hábitos tóxicos, duración y su estimación cuantitativa.
7. Antecedentes: alergias, intolerancias y efectos adversos (diferenciados).
8. Exploración física: constantes previas habituales (su tendencia) y las de la asistencia pre o extra-hospitalaria (domicilio, 0,61 o Centro de Salud) que motivó el traslado.
9. Exploración física: constantes habituales en Urgencias: presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (Tª), sin olvidar la frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (Sat O2) indicando si es basal o con oxígeno y la escala del dolor si procede (dolor agudo o crónico y bajo tratamiento analgésico).
10. Evolución: consta el razonamiento clínico de los cambios de tratamiento y del diagnóstico diferencial.
11. Diagnóstico principal que motivó el ingreso, evitando en la medida de lo posible la mención de diagnóstico sintomáticos (disnea, dolor, fiebre) o sindrómicos (síndrome anémico, síndrome prostático) sin mención causal (aunque sea una hipótesis). Se detalla el diagnóstico según el indicador número 4.
12. Diagnóstico: grado de funcionalidad / dependencia (Barthel) (si precisa), así como el estado cognitivo (si precisa).
13. Diagnóstico: se incluyen también los efectos adversos, alergias, intolerancias, errores y yatrogenia (si precisa), así como los diagnósticos secundarios.
14. En el plan y recomendaciones se incluye la actitud pronóstica en función del estado de la enfermedad (paliativo, etc., si precisa).
15. Tratamiento: consta el principio activo, la dosis, la duración, la vía y el horario y se razonan los motivos de los cambios terapéuticos.
16. Se explicitan contactos de referencia para resolver dudas (teléfono de la institución / e-mail laboral).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Análisis de la situación mediante estudio de una muestra de 50 informes de alta hospitalarios (escogidos

Proyecto: 2016_0638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

aleatoriamente) del año 2016: hasta Enero de 2016.
- Exposición de datos, análisis y propuestas de mejora dando a conocer el proyecto en detalle a los especialistas a los que va destinado: Febrero de 2017.
- Recogida de datos posterior (muestra aleatoria de 50 informes): de Marzo a Junio de 2016.
- Análisis de impacto (diferencias de cumplimiento de indicadores antes y después del proyecto): Julio de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0986 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALLER CONDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESANILLA SAMPER MARIA PILAR. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BUENO PERAL ARANZAZU. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTIN TARIFA LAURA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANTIAGO SANCHO MARTA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERRER PURROY LORENA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SAN MIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL. MEDICO/A. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchas guías de atención al parto en el territorio español ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la mujer durante su embarazo y al parto
Durante las consultas que realizamos desde la semana 36 de gestación, manifiestan su inquietud por conocer la forma de trabajo y los recursos con los que contamos en nuestro hospital
Creemos que la posibilidad de conocer las instalaciones, materiales, recursos y los lugares dentro del hospital donde se va a desarrollar el nacimiento de sus bebés, transmitirá a madres y a padres seguridad y confianza. Es un buen momento para la resolución de dudas en conjunto sobre la formas de actuación en situaciones de bajo riesgo y de protocolos en caso de traslado materno o neonatal.
Muchas guías de atención al parto en el territorio de España ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la atención al embarazo y al parto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Una vivencia más cómoda y cercana de su paso por el hospital conociendo el recorrido normal establecido para un nacimiento de bajo riesgo.
Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Aumentar la información de la gestante sobre el circuito hospitalario en el momento del parto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se programará una visita guiada el primer sábado de cada mes. La llevará a cabo la matrona que se encuentre de guardia ese día y recorrerán las salas de dilatación, los paritorios, sala de primera valoración neonatal y planta de hospitalización con sala de neonatos.
Crearemos un sistema de derivación desde nuestras consultas de matrona y desde las consultas de obstetricia.
Estableceremos un estándar de visita que todas conozcamos para ajustarnos a un mismo recorrido e información

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El 100% de mujeres que vayan dar a luz en nuestro hospital visiten la unidad
El 100% de las mujeres reciban la encuesta de satisfacción
Estableceremos un cuestionario,previa notificación y permiso por parte de la dirección de nuestro hospital, que será anónimo y en sobre cerrado. Dicho custionario estará basado en la escala Likert de satisfacción con 5 niveles de respuesta que recogeremos en el ingreso en planta tras el parto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se comenzarán las visitas en Noviembre 2016
Realización de las visitas a la unidad: Noviembre 2016-Agosto 2017
Recogida de todas las encuestas Agosto 2017- Septiembre 2017
Evaluación de los datos y del proyecto Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JESUS AGON BANZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYUELO DEL VAL PASCUAL. PEDIATRA. CS JACA. PEDIATRIA
· PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO. PEDIATRA. CS JACA. PEDIATRIA
· NAVARRO GIL CELIA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESCANILLA SAMPER PILAR. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BUENO PERAL ARANCHA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALLER CONDE MARIA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ MORALES SAMUEL. ENFERMERO/A. H JACA. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En 2004, el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa, reconoció la lactancia materna como una prioridad de salud pública a nivel europeo, y las bajas tasas de amamantamiento y su abandono temprano como un problema de graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medioambiente. Éste Plan de Acción Europeo urgió a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente la lactancia materna. Actualmente, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en España continúa siendo inferior a lo recomendado por la OMS y por Asociación Española de Pediatría. En nuestro ámbito, las tasas de lactancia materna exclusiva previa al alta y a los 3 meses de vida se estiman ligeramente mejores que las publicadas en otras áreas sanitarias, no obstante, creemos que todavía podemos progresar en este aspecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo principal es aumentar las tasas de lactancia materna y la duración de la misma, respetando siempre la decisión de la madre que opta por la lactancia artificial.
Nuestro objetivo secundario es obtener la acreditación de la primera fase de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). La IHAN ha sido avalada por la OMS y la UNICEF para animar a los centros sanitarios a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.
Planteamos estos objetivos como el inicio de un proyecto más ambicioso. Nos proponemos desarrollar de forma progresiva y escalonada los cambios necesarios para completar las 4 fases de la IHAN (www.ihan.es).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr la acreditación de la primera fase IHAN es necesario que exista en el Hospital una Comisión de Lactancia y una Normativa de Lactancia Materna establecida. El Hospital de Jaca cuenta con una Comisión de Lactancia con varios años de recorrido, formada por pediatras, ginecólogo, matronas, personal de enfermería y auxiliares. Esta comisión trabaja para desarrollar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural propuestos por la IHAN.
Disponemos de un Protocolo de Lactancia Materna elaborado por las matronas del Hospital de Jaca, adaptado a las características propias de nuestro Hospital y consensuado en la Comisión de Lactancia.
Para obtener la acreditación de la primera fase de IHAN también es necesario cumplimentar un cuestionario sobre diferentes aspectos asistenciales y organizativos del Hospital. La Comisión de Lactancia, en una de sus reuniones, debatió y completó dicho cuestionario propuesto por la IHAN.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La IHAN se encarga de evaluar los logros alcanzados en las diferentes fases. No obstante, nosotros evaluaremos anualmente la evolución proyecto por medio de 5 indicadores: tasas de mantenimiento de lactancia materna al alta hospitalaria, a los 3, 6 y 12 meses de edad, y grado de satisfacción materna en cuanto al apoyo recibido.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actualmente, cumplimos los requisitos necesarios para solicitar la acreditación de la primera fase IHAN. Esperamos obtener dicha acreditación este año, consolidar las mejoras realizadas y plantear el abordaje de los cambios necesarios para optar a la fase 2 en 2017. Posteriormente, trabajaremos en el desarrollo de las siguientes fases.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1557 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAUSELL MINGOTES PILAR. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· FRIAS RAMON PILAR. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se define como efecto adverso cualquier evento que provoca daño al paciente. Muchos de los efectos adversos que se producen en el ámbito hospitalario son como consecuencia de un error en la identificación de los pacientes. Los factores precipitantes de este efecto adverso son las edades extremas, problemas de audición, ausencia de protocolos estandarizados entre otros. Estos factores ocurren en nuestro centro dado el envejecimiento de la población de referencia.
Por todo lo anteriormente expuesto, nos parece importante abordar este problema de seguridad en el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejora en la seguridad de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía, disminuyendo el número de efectos adversos mediante la verificación de la correcta identificación.
- Implicación del personal de TER en la seguridad del paciente ingresado.
- Implicación del paciente ingresado en su propia seguridad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.
- Implicar a los pacientes en su propia seguridad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización del listado de verificación.
- Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realización del listado de verificación: último trimestre de 2016.
- Recogida de los datos: durante el 2017.
- Medición de los resultados: diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados que precisen la realización de una radiografía.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1124 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANO CHIA QUINTIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ASESORIA JURIDICA Y FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Hospital San Jorge, como todos los hospitales de la red pública, están sujetos a continuas peticiones de documentación clínica tanto por parte de particulares como entidades (mutuas, aseguradoras etc.), así como juzgados y profesionales sanitarios con fines de investigación, inspección etc.
La legislación que regula estos aspectos está bastante dispersa y ha sufrido modificaciones en los últimos años, lo que dificulta la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada por los distintos agentes que hemos comentado anteriormente.
Una vez acabado el proyecto mejorará el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto a este tema y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a agentes distintos de las personas a las que se refiere la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Realizar una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Redactar un protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollar una revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto y elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital.
Los profesionales implicados en el proyecto se reunirán 2 veces al mes en reuniones de no más de 3 horas para desarrollar las conclusiones del trabajo individual que haya realizado cada uno durante ese periodo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo de actuación por escrito aceptado por la Comisión de Historias Clínicas del Hospital, validado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017: Enero a marzo: Revisión de la legislación actual.
2017: Abril a Septiembre: Redacción del protocolo y presentación a la Comisión de Historias Clínicas del Hospital.
2017: Octubre a Diciembre: Validación por la Unidad de Calidad y aprobación por la Dirección.

9. OBSERVACIONES.
El proyecto mejorará el conocimiento y la actuación de todos los profesionales del hospital respecto a la gestión de la Documentación Clínica en todos los aspectos jurídicos que plantea, aclarando todas las actuaciones que se presenten, en un tema tan delicado y complejo como lo es el uso de la documentación cumpliendo estrictamente las leyes que protegen la confidencialidad para los usuarios del sistema sanitario.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Documentación clínica referida a cualquier patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCIDENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARBA LATAS VANESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Disponer de los medios materiales y humanos adecuados es fundamental para llevar a cabo un diagnóstico correcto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El presente proyecto tiene como objetivo principal confirmar o descartar alergia a antibióticos betalactámicos en pacientes de la provincia de Huesca con sospecha de alergia a Penicilinas, con o sin pruebas cutáneas y de exposición previas, que acuden a la consulta de alergia del Hospital San Jorge para confirmar o descartar dicho diagnóstico de sospecha.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La población a estudio la comprenden 100 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindique la realización de las mismas. Para ello se realizarán a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, y si son negativas se les realizará una prueba de exposición oral con la o las pencilinas problema. Como control positivo se utilizará histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A todos los pacientes se les extraerá una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que se van a utilizar para monitorizar el proyecto son los siguientes:
1. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
2. Número de pacientes con resultado positivo en las pruebas de exposición oral o parenteral frente a Penicilinas/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas de exposición con estos fármacos.
El primer indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas cutáneas mediante prick test y pruebas intradérmicas a todos los pacientes incluidos en el proyecto. Tras un tiempo de 15 minutos se leerán y se anotarán los resultados en una hoja de registro.
El segundo indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas de exposición oral o parenteral a los pacientes cuyas pruebas cutáneas o determinación analítica de IgE específica sean negativas. Se anotarán los resultados en una hoja de registro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio estimado del proyecto junio 2017. Período de reclutamiento: 5 meses. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, los datos sobre la enfermedad, se realizarán las pruebas cutáneas y se sacará una muestra de sangre a los sujetos en los que esté indicado. Fin estimado del estudio: Octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alergia a fármacos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1759 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GOMEZ GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.
Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.
En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se pude finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de las guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
• Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
• Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
• Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
• Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
• Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
• En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
% de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
% de mujeres entre 30 y 65% con estudio de patología molecular para HPV.
% de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.
Objetivos:
% de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
% de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías

Proyecto: 2016_1759 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.
Colaborarán a este proyecto todo el personal técnic y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1760 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS DE CONIZACION

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· GOMEZ GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos 4 años se ha triplicado el número de conizaciones realizadas en el hospital San Jorge de Huesca.

Las conizaciones son necesarias para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y puede ser el primer tratamiento en algunas lesiones invasivas.

Los informes de Anatomía Patológica no sólo deben proporcionar información diagnóstica y pronóstica, sino que deben recoger datos que permitan mejorar parámetros de calidad asistencial.

La mejor forma de alcanzar el objetivo anteriormente expuesto es homogeneizar los informes, para disminuir la variabilidad y permitir su estudio, con el fin de emprender proyectos de mejora asistencial y monitorizarlos.

Existen varios protocolos para informar las piezas de conización, a nivel nacional e internacional. Ninguno es claramente superior a los otros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Deseamos homogeneizar los informes de Anatomía Patológica de piezas de conización y que incluyan información útil para la unidad de patología cervical.

La población diana serían todas las mujeres conizadas en el hospital San Jorge de Huesca. Teniendo en cuenta los datos del servicio de Anatomía Patológica, la cifra rondaría las 60-70 conizaciones anuales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Elaboración por los FEA de Anatomía Patológica de un informe que sintetice las propuestas del Colegio Americano de Patólogos, Colegio Británico de Patólogos, Colegio de Patólogos de Australia y la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

b) Colocación de dicho informe en el disco duro de común del Servicio de Anatomía Patológica e impresión de una copia en papel para cada patólogo.

c) Elaboración de base de datos de conizaciones con los datos de los informes de Anatomía Patológica.

d) Semestralmente se recopilarán y expondrán los datos obtenidos en el servicio de Anatomía Patológica, con comunicación a la unidad de patología cervical.

No se prevéen cambios en la oferta de servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:

a) % de informes que utilizan la estructura del informe protocolizado consenso.
b) % de informes que recogen todos los parámetros del informe protocolizado consenso.
c) % de conizaciones en los que la pieza de conización es única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical tomado.

Los objetivos a alcanzar son:

a) 95% de informes con la estructura del informe protocolizado consenso.
b) 95% de informes que recojan todos los parámetros del informe protocolizado consenso.
c) 25% de informes en los que en las conizaciones sean de pieza única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical realizado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este proyecto es de un año, con comienzo el 1 de enero de 2018.

Al iniciarse el segundo semestre del año, nos reuniremos los FEA de Anatomía Patológica y los ginecólogos encargados de la consulta de patología cervical para analizar los datos del primer semestre, buscando debilidades y propiendo mejoras.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1760 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS DE CONIZACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTESICA

2. RESPONSABLE ..... PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· PANZANO FRANCO ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· ARA IBARZ MARIA HERMINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· ROSELLO PARDO ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMEs (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNf, antiinterleucinas, antiCD20, etc).
La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.
Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.
Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:
1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo.
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un “check list” en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico…
7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Evaluación en noviembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_0414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTESICA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades autoinmunes en tratamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

2. RESPONSABLE ..... MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALAMILLO SALAS CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAJAR SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SAUCO JAQUES JOSE EMILIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERNANDEZ GIL MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· ANTON QUIROGA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.

El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarme que acontece sin estar preparados para ello.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
  . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal…).
  . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.
- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.
- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizaran incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados…
7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).
Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto

Proyecto: 2016_0415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.
Elaboración del registro: diciembre de 2016.
Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología de vía aérea
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

2. RESPONSABLE ..... CLARA ALAMILLO SALAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SAUCO JAQUES JOSE EMILIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· BOTAYA ESTAUN ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· POLO TOLOSANA MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son un problema de aparición frecuente (entre un 20-30% de todas las intervenciones quirúrgicas) que empeora el bienestar del paciente y su satisfacción además de prolongar la estancia hospitalaria, en algunas ocasiones, ya que aumentan el número global de complicaciones.
Este problema se hace más importante y limitante en el caso de la cirugía mayor ambulatoria ya que dificulta el proceso haciendo necesario el ingreso en la mayoría de las situaciones en que aparecen.
Las repercusiones de las NVPO son muy variadas dando lugar a la aparición de complicaciones postoperatorias tan importantes como la neumonía por broncoaspiración, dehiscencias de suturas, retraso en la ingesta, deshidratación…
Se hace necesaria la creación de unas normas de actuación y protocolos tanto de prevención como de tratamiento basados en la actual evidencia científica sobre los fármacos y medidas existentes para minimizar la aparición de este problema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir la incidencia de aparición de NVPO en las intervenciones realizadas en nuestro centro.
- Disminución del número de ingresos que se generan por este motivo en los pacientes que han sido intervenidos en el circuito de cirugía mayor ambulatoria.
- Creación de un protocolo de profilaxis de NVPO con las medidas para prevenir su aparición adaptadas a las cirugías y su riesgo de aparición.
- Creación de un protocolo de tratamiento de NVPO una vez se han presentado.
- Crear un vademecum con los fármacos a utilizar tras la revisión de la evidencia científica publicada.
- Disminuir el número de complicaciones postoperatorias debidas a la aparición de NVPO.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes durante todo su proceso quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para la profilaxis de las NVPO.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para el tratamiento de las NVPO una vez que aparecen.
- Creación de dos protocolos de actuación, uno para profilaxis y otro para tratamiento, adaptados al tipo de cirugía y sus riesgos de NVPO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo:
. Elaborar un “check list” en la Unidad de Recuperación Post Anestésica sobre la profilaxis de NVPO realizada previa a la cirugía y en el intraoperatorio.

7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.
. Elaborar un sistema de recogida de incidencia de NVPO durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica y una vez el paciente se encuentra en la planta de hospitalización.
- Una vez el protocolo se haya aplicado durante el tiempo suficiente (se considerará al crear el mismo), valoración de la disminución de la aparición de NVPO y sus complicaciones asociadas.
- Creación de un registro de aparición de NVPO y la necesidad o no de ingreso por este motivo en los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria.
- Realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes a los que se haya aplicado el protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Primera evaluación en noviembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Efectos secundarios anestésicos y quirúrgicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0614 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERNANDEZ GIL MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GODED BROTO IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ZAMBRANO CAMPOS VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALCOLEA BERNAD TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía colorrectal es altamente invasiva y consume gran número de recursos en todo su proceso. Este consumo aumenta cuando se presentan complicaciones.
Los programas de rehabilitación multimodal, surgen a principios de los años noventa como un concepto de cuidados pre, intra y postoperatorios cuyo objetivo es mejorar la recuperación tras la cirugía electiva reduciendo así la estancia hospitalaria. Es una estrategia multidisciplinar para reducir las complicaciones postoperatorias y el estrés quirúrgico responsables de la aparición de disfunción orgánica.
En este sentido, es esencial lograr varios objetivos:
- La intervención debe ser realizada en las mejores condiciones posibles: identificar las comorbilidades inherentes a cada uno de los pacientes mejorando en lo posible su control previo y disminuir el tiempo de ayuno con la administración de soluciones carbohidratadas.
- Se debe optimizar el manejo peri e intraoperatorio: minimizando el dolor, el íleo y la inmovilización con analgesia adecuada, control de fluidos y cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.
- Se debe optimizar rehabilitación postoperatoria: iniciando tolerancia oral precoz y movilización temprana, retirando sondas y drenajes colocados durante la intervención.
Dado que se trata de una actuación multidisciplinar, se hace necesaria la protocolización de todas las actividades en conjunto para conseguir los máximos beneficios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Protocolos de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca y sus recursos.
- Puesta en marcha del programa: circuitos…
- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión de las recomendaciones existentes en la actualidad.
- Reuniones multidisciplinarias para consensuar la adaptación de los protocolos propuestos por las sociedades científicas a la situación individual de nuestro hospital.
- Formación de los profesionales implicados en todo el proceso en un programa de rehabilitación multimodal (cirugía general, anestesiología, endocrinología y enfermería)
- Creación de los protocolos
- Difusión, explicación y publicación de los protocolos para facilitar el acceso a todos los profesionales.
- Definición de los criterios de selección de los pacientes candidatos de entrar en el programa.
- Establecer un procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades a realizar en cada caso. El paciente deberá firmar los documentos de consentimiento informado necesarios.
- Creación de una hoja de recogida de datos de los casos que entran en el programa, encuesta de calidad de vida del paciente pre y postoperatoria (cuestionarios estandarizados) y de los procedimientos realizados.
- Desde la consulta, el paciente recibirá una pauta de suplementos nutricionales y unas recomendaciones de ejercicio físico, según sus capacidades, para optimizar su estado basal.
- Establecimiento de estrategias de analgesia multimodal adaptadas al tipo de cirugía.
- El documento con los datos recogidos quedará archivado por el grupo de rehabilitación intensificada para futuros análisis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados.
- Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones…).
- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La puesta en marcha del proyecto se realizará en varias fases:
- Inicio (2-3 meses): reunión de los representantes de los diferentes servicios, creación del circuito y

Proyecto: 2016_0614 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

adaptación de los protocolos.
- Formación, difusión y publicación: estas actividades se realizaran en diferentes ediciones mientras se pone en marcha el programa para no demorar la implementación del mismo.
- Implementación y puesta en marcha del programa: una vez aprobado el mismo por las autoridades hospitalarias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0639 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOMOGENEIZACION DE CRITERIOS EN LA SELECCION DE MATERIAL ANESTESICO EN QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... JESUS ANTON QUIROGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JAUREGUI LATORRE ANA CARMEN. TECNICO DE SUMINISTROS. H SAN JORGE. RECURSOS MATERIALES
· FERNANDEZ ALVAREZ YOLANDA LUCIA. TECNICO DE SUMINISTROS. H SAN JORGE. RECURSOS MATERIALES
· RIGOPOULOU BAKOUROU ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERRER CASAMAYOR CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desconocimento de la Homogeneidad de criterios en el Servicio de Anestesia y Reanimación sobre equipamiento y los consumibles.
Conocer el funcionamiento y criterios seguidos en central de compras y suministros.
Mejora en los canales de comunicación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer criterios en el Servicio de Anestesia y Reanimación sobre requerimientos mínimos de material.
Establecer sistemas de evaluación.
Reducir la incidencia de no conformidad.
Reducir la incidencia de nuevas peticiones derivadas de dicha disconformidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones periódicas con la Central de suministros para la estandarización de criterios de calidad en la compra de material.
Aporte de pruebas objetivas del material solicitado.
Valoración del grado de satisfacción de los profesionales en la utilización de dicho material en el desempeño de sus funciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de incidencias que aparezcan en el uso del material.
Encuestas de satisfacción profesional.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración prevista de Noviembre de 2016 hasta Noviembre de 2017.
Protocolo de evaluación del material y reunión con suministros conforme fechas de concursos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Minimizar riesgos en la asistencia sanitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1741 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERMOSO CUENCA VICENTE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente, excepto para la intervención quirúrgica de varices mediante safenectomía, no se disponen de Consentimientos Informados que detallen los efectos secundarios de una cirugía, por lo que se usan consentimientos genéricos anotando manualmente las potenciales complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dar una información precisa, clara y fácilmente entendible por el paciente que se somete a un acto quirúrgico dentro de la esfera de la cirugía vascular. Así mismo, agiliza el trabajo de los facultativos al poder descargar los Consentimientos Informados desde cualquier ordenador conectado a la intranet hospitalaria, sin tener que añadir complicaciones de manera manuscrita.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para cumplir los objetivos se tiene prevista una reunión con el Comité de Historias Clínicas con el fin de valorar, maquetar y codificar los Consentimientos Informados de tratamientos quirúrgicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se incluirán los Consentimientos Informados en la intranet del Hospital progresivamente por procedimientos de más habitual a menos habitual. Actualmente no hay ninguno descargable a través de internet.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación durante último trimestre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1063 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

2. RESPONSABLE ..... CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ONDIVIELA PEREZ JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· JIMENO GRIÑO CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· BRUN GUINDA DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· CALLEN SALVATIERRA MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tratamiento de síndrome coronario agudo en planta de cardiología implica la prescripción de fármacos de varios grupos terapéuticos(antiagregantes, antitrombóticos, antianginosos, estatinas) además de cuidados y procedimientos específicos (reposo, monitorización). La protocolización posibilita la disminución de errores, dismuye el tiempo empleado por los facultativos en esta tarea y contribuye a homogeneizar la asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear protocolos para el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del síndrome coronario agudo durante la fase de hospitalización en planta de Cardiologia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónonas
2. Discusión y consenso por parte del servicio de Cardiologia, UCI y la enfermería de la planta.
4. Redacción de los protocolos.
1. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) y puesta en marcha de los mismos.
2. Encuesta de Evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Asistencia a las reuniones de discusión y consenso (Cardiólogos, enfermera de referencia, supervisora)
3. Presentación de los protocolos en Enero de 2017 (Responsable)
4. Monitorización de uso de los protocolos: Numero de usos de los protocolos / Numero de pacientes ingresados por SCA, en un corte a Junio de 2017
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales: Urgencias, UCI, Cardiologia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016 Revisión de la literatura
Diciembre 2016 Discusión Cardiologia
Enero 2017: Redacción de Protocolos
Febreo 2017: Difusión y puesta en marcha de los protocolos.
Monitorizacion Junio 2017

9. OBSERVACIONES.
Faltan 3 componentes del grupo por determinar, se confirmará a 18 de Octubre

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0080 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

2. RESPONSABLE ..... SEF SAUDI MORO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA FORCEN MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PEREZ ZAPATA ANA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BORAO MUÑOZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BAQUE SANZ FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El sistema de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM es una terapia no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana.
En los últimos años, la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM se ha presentado como una nueva alternativa terapéutica, especialmente efectiva en el caso de heridas agudas, subagudas y crónicas de distinta etiología.El dispositivo V.A.C.® THERAPYTM emplea un sistema de presión subatmosférica a partir de un apósito en forma de esponja adaptable a las características individuales de cada herida. El tamaño de los poros de la esponja se encuentra entre 400 y 600 nm., unido a un tubo de drenaje que va a promover su colapso y mantener las condiciones de presión subatmosférica de forma continua o intermitente y uniforme en toda la herida.
Últimamente, se ha planteado el uso de terapias, supuestamente “similar”, con gasas empaquetadas sobre la herida. Respecto a esto, debemos recalcar que los fundamentos científicos de V.A.C.® THERAPYTM se basan en el uso del sistema de tratamiento integrado. Este sistema consta de mecanismos de acción de probada eficacia que actúan tanto a nivel de los tejidos (MACROTENSIÓN) como de las células (MICROTENSIÓN).
La Macrotensión es la alteración visible que se produce cuando la presión negativa contrae el apósito de espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM, lo que aproxima los bordes de la herida. Además V.A.C.® THERAPYTM elimina el exudado, reduce el edema y favorece la perfusión.
La Microtensión se produce a nivel de las células y provoca su estiramiento debido al contacto de la espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM con el lecho de la herida

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El VAC debe ser considerado como una herramienta de apoyo fundamental en el tratamiento quirúrgico de pacientes que presentan heridas complejas, donde han fracasado o fracasarán, la cirugía o los tratamientos conservadores convencionales. Adelantarnos a éstos fracasos, hará realmente rentable (desde el punto de vista coste/beneficio y fundamentalmente para la buena evolución clínica del paciente) la utilización del VAC para el paciente y el Hospital. Con el objetivo principal de un tratamiento optimo en:
Heridas agudas.
Dehiscencia de herida quirúrgica
Injertos mallados de ubicación difícil.
Úlceras crónicas profundas.
Ulceras crónicas superficiales.
Colgajos con compromiso vascular

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Responsables del equipo: Dr. Saudí y Dra. Abadía quienes coordinaran y supervisaran la recogida de datos y la evolución clínica de todos los pacientes; siendo el facultativo que prescribe el dispositivo el responsable directo del paciente, de su colocación, curas y evolución clínica.
Los pacientes tal y como figura en el protocolo serán seguidos en nuestras consultas externas de Cirugía General, hasta la resolución clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para ello se han diseñado dos formularios (con cuatro secciones cada uno) que se deben ser completados por los facultativos del Servicio de Cirugía (los ocho miembros) que forman parte de este proyecto de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud:
FORMULARIO 1.- Formulario para la prescripción de la V.A.C.® THERAPYTM. Valoración de las condiciones generales del paciente y del defecto
SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE
SECCIÓN 2.- PERFIL DE LA HERIDA (Si se va a tratar más de una herida será necesario rellenar un formulario adicional por cada una de ellas)
SECCIÓN 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son irregulares, documente la dimensión mayor)
SECCIÓN 4.- PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA
FORMULARIO 2. PARA EL CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO CON LA V.A.C.® THERAPYTM*
SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE
SECCIÓN 2.- DATOS GENERALES
SECCIÓN 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son

Proyecto: 2016_0080 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Irregulares, documente la dimensión mayor)
SECCIÓN 4.- INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO (Indique la causa de la interrupción del tratamiento)
Todos los datos recabados serán incluidos en una base de datos y tratados desde un punto de vista estadístico con el SPSS versión 22.0.0.0

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este servicio de Cirugía General y sus facultativos, dispone de todo el equipamiento necesario, para su puesta en marcha. Conocen la técnica y requisitos para la inclusión de pacientes.
Por nuestra parte con objeto de poder medir los resultados
Fecha de Inicio: 2 de Noviembre de 2.016
Fecha de Fin: 30 de Junio 2.017
Análisis estadístico, confección y presentación de resultados: 1 Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.
Se envió de forma detallada todo el protocolo que consta de 53 folios, donde figuran todos los flujo-gramas, esquemas, tablas de inclusión y exclusión de pacientes... Y se detalla de forma muy pormenorizada y exhaustiva el protocolo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETERMINACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA METODOLOGIA "TRIGGER TOOL"

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL PEREZ ZAPATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA FORCEN MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SAUDI MORO SEF. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GODED BROTO IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTIN AÑORO LUIS FRANCISCO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BORAO MUÑOZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BAQUE SANZ FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ANÁLISIS DEL ENTORNO GENÉRICO

Efecto adverso (EA) se define como el daño causado a un paciente como consecuencia de la asistencia médica, no directamente condicionado por la enfermedad que padece.

Las especialidades quirúrgicas concentran un mayor número de EA. En cirugía general se han descrito tasas desde el 7% hasta el 30,3%. La mayoría de ellos relacionados con el procedimiento quirúrgico. Más del 50 % son evitables.

Los EA no sólo suponen daño al paciente sino que aumentan el empleo de recursos e incrementan el gasto hospitalario.

Históricamente, los sistemas de identificación de EA se han basado en notificaciones voluntarias de incidentes, rastreo de errores, información obtenida de bases clínico-administrativas (CMBD) y reclamaciones. La mayoría infraestiman la incidencia real de EA.

Recientemente se han desarrollado diferentes herramientas basadas en la revisión de historias clínicas para su cribado y posterior revisión para la detección de EA.

ANÁLISIS INTERNO

En el Servicio de Cirugía General del Hospital San Jorge se realizan sesiones clínicas de Morbi-Mortalidad semestrales.

En estas sesiones, hasta el momento, se comentan los pacientes fallecidos en el postoperatorio de procedimientos quirúrgicos. Las dificultades para obtener información fiable sobre los Eventos Adversos limitan la capacidad de dichas sesiones y la posibilidad de establecer medidas de mejora efectivas y eficientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal:
Determinar la prevalencia de eventos adversos en el servicio de Cirugía General del Hospital San Jorge Mediante la Metodología "Trigger Tool"

Objetivos secundarios:
1. Estimar la prevalencia de EA en cirugía de cáncer colorrectal.
2. Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el servicio de Cirugía General.
3. Analizar las causas relacionadas con la aparición de eventos adversos.
4. Priorizar una serie de medidas de mejora basadas en el análisis de los EA.
5. Monitorizar los resultados de las medidas de mejora

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se propone aplicar la Metodología "Trigger Tool" en el Servicio de Cirugía General del H.U. San Jorge

La propuesta se plantea como un proyecto piloto que, en función de los resultados, se mantendrá en el tiempo y podría ampliarse al resto de especialidades, sobre todo quirúrgicas.

La metodología se basa en la revisión sistemática de historias clínicas a través de la historia clínica electrónica para la identificación de "Triggers"

Los Triggers son sucesos pista que seleccionarán aquellas historias que con alta probabilidad se relacionarán con Eventos Adversos.

Las historias seleccionadas pasaran a una fase de revisión exhaustiva para la detección y caracterización de EA.Definiéndose previamente las fuentes de información.

Proyecto: 2016_0087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETERMINACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA METODOLOGIA "TRIGGER TOOL"

La revisión de historias clínicas será llevada a cabo por un equipo de dos revisores primarios y un médico consultor (responsable de calidad del Servicio de Cirugía General Dra. Abadía)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores sobre la implantación del proyecto:
1.- Porcentaje de Historias Clínicas cumplimentadas correctamente.
2.- Número bruto de medidas de mejora propuestas en las dos sesiones semestrales de Morbi-Mortalidad del Servicio de Cirugía General

Además se valorarán:
1.- Prevalencia de EA en Servicio de Cirugía
2.- Prevalencia de EA en Cirugia del Cáncer Colorrectal
3.- Evitabilidad de los EA
4.- % de reducción de EA tras la implantación de medidas de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se planteará en un año desarrollando las siguientes fases:
1.- Fase conceptual. Diciembre 2016.
-El grupo de Trabajo llevará a cabo una adaptación de la herramienta a los sistemas de información del Hospital San Jorge.Siempre en formato electrónico.

2.- Fase de implantación:
-Selección aleatoria de historias clínicas quincenalmente. 10 historias por quincena sobre pacientes intervenidos en Cirugía General
- Selección de todas las historias clínicas de pacientes sometidos a intervención quirúrgica por Cáncer Colorrectal
- Cribado y revisión de historias clínicas, determinación y caracterización de los EA

3.-Explotación de resultados y comunicación en sesión de morbimortaliad. Las sesiones se realizarán semestralmente como hasta ahora.
Se establecerán las medidas de mejora oportunas.

9. OBSERVACIONES.
El equipo de trabajo tiene amplia experiencia de la aplicación de la herramienta, habiendo obtenido excelentes resultados, lo que facilitará su implementación.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a intervención quirúrgica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0101 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON GOMEZ SUGRAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUASCH MARCE MONTSERRAT. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA DOMINGUEZ MELODY. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ROLDON GOLET MARTA. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La eficiencia diagnóstica es uno de los parámetros principales que evalúa la calidad de la atención hospitalaria de una institución.
En cuanto a cirugía se refiere, la apendicitis aguda es, sin duda, la patología urgente más frecuente a la que se enfrenta un Servicio de Cirugía General. Con la intención de disminuir las implicaciones en términos de coste económico y las complicaciones quirúrgicas en pacientes con dudas diagnósticas de apendicitis o en pacientes con apendicitis complicada, se han incorporado diversos estudios de imagen, laboratorio y técnicas laparoscópicas que contribuyen al aumento de la efectividad en el diagnóstico y eventual tratamiento de la apendicitis aguda.
La escala de Alvarado es un índice para el diagnóstico de apendicitis aguda que es factible, ya que así se ha demostrado en estudios previos, permitiendo la identificación de pacientes con una posible apendicitis aguda que requieren cirugía urgente. La aplicación de esta escala disminuye consecuentemente el margen de error diagnóstico y por lo tanto sus posibles implicaciones legales y económicas.
Los índices diagnósticos también permiten en el grupo de enfermos de mayor edad, donde la exploración física y la clínica suelen ser más inespecíficos, indicar de forma más precisa la necesidad del uso de pruebas de imagen.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El primer objetivo de este proyecto es optimizar el uso de pruebas complementarias para el diagnóstico de una patología, en la que en el momento actual, la exploración física y la clínica siguen siendo prioritarias. Se espera que mediante el uso de la escala Alvarado modificada se consiga disminuir la necesidad de emplear pruebas complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda, sobre todo en el grupo de pacientes de mayor edad, ya que son los que requieren con más frecuencia el uso de pruebas de imagen para una mejor orientación diagnóstica.
El segundo objetivo es redactar y aplicar un protocolo y una vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo de validación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un estudio retrospectivo de nuestra práctica diaria, recogiendo datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde Enero del 2014 a Junio del 2016. Se recogerán todos los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, basándonos en los criterios de la escala Alvarado modificada, ya que, se incluye la PCR y el fibrinógeno como reactantes de fase aguda.
Evaluar la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica de un índice diagnóstico de apendicitis modificado de la descripción original de Alvarado y correlacionar la eficacia del mencionado índice con los estudios diagnósticos realizados y con los resultados histopatológicos de los pacientes sometidos a cirugía por sospecha de apendicitis aguda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El hecho de asumir la eficiencia diagnóstica como un fenómeno medible numéricamente es realmente un reto. Se aplicarán criterios aceptados para la evaluación de la calidad de diagnóstico ante la sospecha de apendicitis en estudios clínicos, que son: tasa de apendicectomía negativa por informe anatomopatológico de 5%; tasa de laparotomía negativa de 10%; tasa de perforación potencial de 35%; tasa de perforación no diagnóstica de 15%; y tasa de apendicitis no diagnosticada de 5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se han recogido todos los datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde enero del 2014 a junio del 2016. A partir de octubre de 2016, en función de la base de datos y cálculos estadísticos, se redactará y aplicará un protocolo y vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo, a partir de enero de 2017, de validación de la utilidad de la escala de Alvarado modificada y en consecuencia, la optimización de pruebas complementarias para su diagnóstico; especialmente en la población de mayor edad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Proyecto: 2016_0101 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1027 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... VANESA ZAMBRANA CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUARTERO CUENCA BERTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· RUBIO BARLES PEDRO JAIME. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MORROS DIAZ EMILIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO PEREZ CLARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por dolor abdominal de intensidad relevante y elevación de enzimas pancreáticas. En España se estima una incidencia aproximada de 350 casos por millón de habitantes y año. Actualmente una PA se clasifica como leve (ausencia de complicaciones), moderada (complicaciones locales y/o fallo orgánico de duración menor de 48 h) y grave (fallo orgánico de duración mayor de 48 h) (Criterios de Atlanta revisados). Un 33% de los casos de PA evolucionan hacia formas moderadas o graves y es en ellos donde se concentran las mayores tasas de mortalidad (25-30%) debido primordialmente a fracaso persistente de órganos y/o complicaciones sépticas. Hoy en día, un abordaje avanzado de la PA en todos sus espectros de gravedad exige a menudo la labor coordinada e interdisciplinar de numerosos colectivos de profesionales incluyendo el propio staff de Urgencias, gastroenterólogos, endoscopistas avanzados, cirujanos, anestesiólogos, intensivistas, radiólogos y expertos en nutrición, así como personal de enfermería especializado. El objetivo de este proyecto es constituir un equipo de especialistas capaces de desarrollar un protocolo que garantice un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente de aquellos casos con factores predictivos de evolución desfavorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
(1) Potenciar una cultura de pacto y cooperación inter-servicios para un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente en sus formas moderada y grave (2) Consensuar criterios homogéneos de actuación respecto a los procedimientos diagnósticos necesarios para confirmar el diagnóstico, etiología y gravedad, en orden a las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica (GPC); (3) Favorecer que el manejo de la PAMG: médico-intensivo, endoscópico, quirúrgico y nutricional se halle en concordancia con lo establecido en los documentos de consenso y que las actuaciones pertinentes se llevan a cabo de forma precoz y en el momento indicado; (4) Iniciar un registro de casos (base de datos) que permita tabular información que pueda ser implementada con fines de investigación con el consentimiento preceptivo del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La elaboración del protocolo se llevará a cabo de acuerdo con un modelo estándar o de referencia asegurando que cumple los criterios de calidad pertinentes tanto en la definición del problema y de la población diana, como en la selección de las personas involucradas en su diseño, la idoneidad de la evidencia, la claridad y precisión del documento, los recursos necesarios para su aplicabilidad, así como su evaluación y medida de impacto. Las fases fundamentales del protocolo que se prevé llevar a cabo se resume en las siguientes acciones: (1) Constitución del equipo; (2) Revisión de la evidencia y grados de recomendación; (3) Elaboración del documento; (4) Revisión crítica del documento por los miembros del Grupo; (5) Intervención de revisores externos con acreditada experiencia en el tema tratado; (6) Validación definitiva del documento y (7) Aplicación y monitorización. Temas que serán objeto de especial interés en el documento serán los siguientes: (1) Definición de términos clave; (2) Procedimientos diagnósticos; (3) Evaluación de la gravedad; (4) Control del dolor abdominal; (5) Medidas de Reanimación; (6) Nutrición; (7) Empleo de antibióticos; (8) Diagnóstico y manejo de las complicaciones locales; (9) Manejo de los pacientes con PA asociada a cálculos biliares; (10). Aspectos relacionados con la Ética Asistencial. Igualmente el Documento hará referencia a la idoneidad en la dotación de personal y equipamiento del Centro necesarios para la atención de estos pacientes y el momento en que un paciente con PA debería ser trasladado a un Centro de referencia para la realización de una técnica o procedimiento no disponible en el hospital de origen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) % de casos en quienes los procedimientos diagnósticos fueron llevados a cabo en el tiempo establecido en el protocolo.
2) % de casos en quienes se aplicaron scores validados predictivos de gravedad.
3) % de casos en quienes se aplicaron las medidas de reanimación y control del dolor de acuerdo a los estándares reflejados en el documento (ERD).
4) % de casos en quienes el soporte nutricional se llevó a cabo de acuerdo a los ERD.
5) % de casos en quienes los procedimientos terapéuticos (drenajes -necrosectomía) se llevaron a cabo en orden a los ERD.
6) % de casos que han sido incluídos en el registro diseñado para este fin.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) Constitución del equipo, revisión de la evidencia y redacción del documento: octubre 2016-marzo de 2017; (2)

Proyecto: 2016_1027 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Aplicación, registro y monitorización (abril 2017-diciembre 2017).

9. OBSERVACIONES.
(1) Además de los facultativos mencionados en el apartado (Responsable/colaboradores), consideramos primordial la inclusión de la Dra Arantzazu Lander Azcona (Intensivista) si ello es posible (alander@salud.aragon.es). (2) Aparezco como responsable en otro proyecto sobre implementación del Proyecto INFOGASTRUM en los Centros de Salud del sector sanitario de Huesca. En caso de incompatibilidad, pueden retirarme y poner como responsable del INFOGASTRUM a cualquiera de los colaboradores que aparecen en el proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0183 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION MULTIDISCIPLINAR PREVIA A INCLUSION EN LEQ DE ARTROPLASTIA PRIMARIA Y DE REVISION DE CADERA Y RODILLA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LLORENS EIZAGUERRI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
· RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
· MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
· VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARIN PUYALTO DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCES CEREZUELA MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· NAYA ATARES BERTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía protésica primaria de cadera (PTC) y rodilla (PTR) es la cirugía mayor electiva más realizada en los Servicios de Traumatología y Cirugía Ortopédica de los países desarrollados1. Se considera una de las cirugías más exitosas y seguras. En los últimos años la demanda y la edad media de los pacientes sometidos a este procedimiento es mayor2. Ello conlleva un aumento de la comorbilidad que genera complicaciones periquirúrgicas, demora del alta hospitalaria3y peores resultados funcionales. Por estos motivos, una adecuada valoración multidisciplinar (que evalúe la multimorbilidad, situación funcional cognitiva y social) que detecte y resuelva los factores implicados en la mala evolución, es crucial para mejorar los resultados de la cirugía primaria y de revisión de cadera y rodilla4.

Nuestro objetivo es identificar a los pacientes con factores desfavorables para mejorar el resultado clínico y funcional de las artroplastia primaria y de revisión de cadera y/o rodilla.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tras realizar una revisión de las artroplastias primarias y de revisión de rodilla intervenidas entre el año 2013 y 2015 en Servicio de Traumatología del Hospital de San Jorge de Huesca, se objetiva como los pacientes mayores de 70 años presentan más anemia post intervención con mayor necesidad de EPO, peor resultado funcional a corto plazo (al alta) y mayor incidencia de delirium.
Nuestro objetivo es mejorar la situación clínica, funcional y social del paciente previa a intervención, para disminuir complicaciones, estancia y mejorar con ello los resultados de la artroplastia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
+ Diseño de un cuestionario sencillo para realizar al paciente en consulta de traumatología a la hora de incluir al paciente el LEQ. Este cuestionario pretende detectar factores de riesgo clínicos, funcionales y sociales.
+ Elaboración de folleto informativo para el paciente que se entregará al paciente a la hora de inclusión en LEQ que resuma la información facilitada por el traumatólogo, sobre qué es la intervención, información del proceso tanto pre como post operatorio, complicaciones, etc. con imágenes que ilustren el texto.
+ Establecer sistema de derivación al servicio de Geriatría para realizar valoración integral con detección de factores y plan de intervención multidisciplinar.
+ Elaboración de base de datos para monitorizar actividad
+ Puesta en marcha del proyecto con revisión al año de los pacientes intervenidos así como de las complicaciones, resultado funcional y estancia hospitalaria del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES.
+ Realización cuestionario
+ Realización folleto informativo
+ Realización de base de datos
+ Nº de cuestionarios realizados en consulta de traumatologia /número de pacientes incluidos en LEQ para PTR o PTC (Primaria y de revisió)
+ Nº de derivaciones al S Geriatría / cuestionario positivo a factores de riesgo
EVALUACION y SEGUIMIENTO
+ Mediante recogida en base de datos de factores de riesgo, situación funcional y estancia de los paciente atendidos antes de iniciar el proyecto y posterior a iniciar el proyecto y comparar resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
+ Diciembre 2015 : elaboración de cuestionario tras revisión bibliográfica, de folleto informativo base de datos y planificación de circuito para realizar derivación
+ Enero – Diciembre 2016: puesta en marcha del cuestionario y derivación si precisa. Y recogida de datos de forma retrospectiva de los pacientes intervención de PTR y PTC del 1 de enero a diciembre 2016 para posteriormente comparar.
+ Enero 2017 a diciembre 2017 : recogida de datos de pacientes y comparacion de resultados clinicos, funcionales, estancia... con el 2015 y 2016

9. OBSERVACIONES.
Es muy importante la coordinación y la participación de todos los Servicio implicados y la satisfacción de los

Proyecto: 2016_0183 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION MULTIDISCIPLINAR PREVIA A INCLUSION EN LEQ DE ARTROPLASTIA PRIMARIA Y DE REVISION DE CADERA Y RODILLA

pacientes. Los resultados no son inmediatos y se tendrán que evaluar al menos al año, ya que la cirugía es programada y el tiempo en lista de espera no es determinado

ENFOQUE PRINCIPAL.
Prevención / Detección precoz antes de operar a los pacientes.
POBLACIÓN DIANA: pacientes incluidos en Lista e Espera Quirúrgica para ser intervenidos de artroplastica primaria y/o revisión de cadera y rodilla.
EDAD. Mayores de 70 años
SEXO. Ambos sexos
TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes cuyo cuestionario detecta factor de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA:
1 Lawrence Js, Bremmer JM, Bier F. Osteorthrosis: prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes. Ann Rheum Dis. 1996;25:1-24.
2 Memtsoudis SG, Della Valle AG, Bescullides MC,Gaber L, Laskin R. Trends in demographics, comorbildity pofiles, in-hospital complications an mosrtaly associated with primary knee arthroplasty. J Arthroplst.2009;24:518-527.
3 Castiella-Muruzábal S, López- Vázquz MA, No-Sánchez J, García Fraga I, Suárez- Guijarro J, Bañales- Mendoza T. Artroplastia de rodilla. Revisión. Rehabilitación. 2007;41:290-308.
4 Determinantes psicosociales de resultados en prótesis de rodilla. Lopez-Olivo, MA, et al. Ann Rheum Dis 2011;70:1775-1781

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES MENTALES, METABOLICAS, AUTONOMÍA DEL PACIENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0837 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANAGUSTIN SILANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ CHACON LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MIRASOL CATALAN PATRICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BARREU ESCAR REYES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FRECHIN PERTUSA RAUL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOBO ESCOLAR ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La patología del hallux valgus es una patología muy frecuente,
llegando a ser de 35% en mayores de 65 años.Actualmente, existe gran variabilidad en la indicación de propuesta quirúrgica para esta patología, dada la gran presión asistencial existente,derivando en un aumento de la lista de espera, aumento de expectativas para los pacientes y aumento de indicaciones no justificadas.
Para ello, proponemos actualizar la intervención que iniciamos en el proyecto del año 2015, para disminuir lo más posible los pacientes que no cumplan los criterios del protocolo. siguiendo actuando en la parte hospitalaria pero añadiendo una actuación enfocada a la consulta de primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-90% de los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica, cumplan los siguientes requisitos:dolor severo que altere la marcha, más de seis mese de tratamiento conservador,ángulo HV>15º o IM>9º o presencia de paología asociada (dedos en garra, neurinoma de Morton, metatarsalgia).
-Disminuir la entrada en lista de espera quirúrgica.
-Disminuir el número de pacientes en consultas de Traumatología, sin una radiografía como método inicial de valoración de la patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Sesión en el servicio de COT explicando el protocolo.
-Contestación excrita a los médicos de familia explicando el protocolo,pues son parte fundamental en la derivación a nuestras consultas de esta patología.
-Educación a los pacientes en la consulta, de la no indicación quirúrgica por motivos estéticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de entradas en lista, de acorde al protocolo y no.
-Número de pacientes no adecuados al protocolo y causas.
-Número de pacientes que llegan a las consultas sin una radiografía de pie para evaluar el problema desde la consulta de primaria.
-Lista de espera al inicio del protocolo y al final:comparación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Junio 2016-Febrero 2017: Monitorización de las inclusiones, elaboración de contestaciones a los médicos de familia, sesión explicativa en el servicio de Traumatología.
-Marzo 2017-Junio 2017:Evaluación de resultados, discusión entre los participantes, detección de puntos de mejora.

9. OBSERVACIONES.
Se trata de la continuación de un proyecto comenzado el año pasado, con resultados positivos pero mejorables, dado que un 25% de los pacientes se nos escapaban del protocolo.
Este año queremos disminuir este porcentaje a menos del 10%, así como un parámetro a tener en cuenta en el proceso es la cantidad de pacientes que acuden desde su centro de salud sin una radiografía que evalúe el estado del pie y seguir disminuyendo la lista de espera.
Todos esos parámetros pensamos que pueden redundar en una mejora de la atención, globalizada y en una mejora de los recursos, entre ellos menos citas a los pacientes por no tener una radiografía realizada, sin tratamiento.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0837 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

Proyecto: 2016_0469 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE SEGURIDAD CLINICA Y MORTALIDAD
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO RODRIGO MARTA. MIR. H SAN JORGE. COMISION DE SEGURIDAD CLINICA Y MORTALIDAD
· SIESO GRACIA MARIA RUT. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GARCIA DOMINGUEZ MELODY. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FRANCO LACASA SUSANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. COMISION DE SEGURIDAD CLINICA Y MORTALIDAD
· ALCOLEA BETEI BEATRIZ. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los Servicios Quirúrgicos son especiales, los usuarios que precisan ingreso en los mismos en su mayoría precisan tratamiento quirúrgico presentando una situación de particular vulnerabilidad en mayor o menor escala dependiendo del tipo de intervención y de las características del paciente.
El tratamiento quirúrgico lleva implícito la prescripción al paciente de analgesia, antibioterapia, nutriciones parenterales y el tratamiento habitual del enfermo crónico queda relegado a un segundo plano .No es fácil realizar una prescripción adecuada sobre todo en pacientes pluripatológicos que precisan gran numero de medicamentos.

Se hizo un estudio descriptivo sobre las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia en relación a las prescripciones realizadas por los facultativos de servicios quirúrgicos, hallándose los siguientes resultados: 30,4% de intervenciones son respecto a fármacos se prescriben en el texto asociado, un 23% precisó cambio por otro fármaco, un 5% ha requerido ajustes respecto a la dosis entre otros. Que 1/3 de los medicamentos se prescriba en el texto asociado es un grave problema de seguridad clínica, ya que ni puede ser validado por farmacia ni preparado ni dispensado correctamente por lo que en el caso de que ocurriera un evento adverso seria mas difícil detectarlo y que actuasen las barreras del sistema para minimizar las consecuencias del mismo.

Por otra parte, en diversas reuniones realizadas por un grupo multidisciplinar (facultativos y personal de enfermería de varias áreas, todos ellos pertenecientes a la Comisión de Seguridad Clínica del Hospital), se han observado otros puntos débiles del proceso de prescripción en el contexto de Servicios quirúrgicos a mejorar, como son:

1. Paso a la mayor brevedad de vía parenteral a enteral en los fármacos en los que sea posible.

2. Administración de diluciones de fármacos consensuada con el resto del hospital.

El objeto de este plan de mejora es intentar facilitar la tarea de la prescripción electrónica mejorando así la seguridad y la calidad de la asistencia en relación a tratamientos médicos administrados a los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar de la cultura de Seguridad del paciente.

2. Realizar estudio descriptivo de las patologías más relevantes y características de los pacientes atendidos en los servicios quirúrgicos.

3. Optimización de la prescripción electrónica.

4. Disminución de prescripción de fármacos en el texto asociado de Dominion.

5. Disminuir la duración de tratamientos intravenosos al mínimo imprescidible en pacientes con tolerancia oral adecuada.

6. Disminución de intervenciones de farmacia realizadas secundarias a error en la prescripción

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Mejora de cultura de seguridad del paciente

a. Presentación del Plan de Mejora

b. Realizando sesiones de:

i. Seguridad del paciente en el paciente quirúrgico

ii. Utilidad de notificación al sistema SINAPS de eventos adversos

iii. Importancia de la prescripción electrónica. Incidiendo en:

Proyecto: 2016_0469 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

· Disminución texto asociado para prescribir

· Pasar en cuanto sea posible el tratamiento a vía oral

2. Realización de estudio descriptivo del tipo de población atendida en los servicios quirúrgicos y su patología más prevalente. Con el fin de buscar grupos de pacientes cuyo tratamiento pudiera ser protocolizado en un futuro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de intervenciones de farmacia en relación con prescripción de fármacos incluidos ya en el vademecum del hospital San Jorge en el texto asociado / número de estancias hospitalarias.

2. Desarrollar una alerta que avise la posibilidad de pasar de vía intravenosa a vía oral en dos fármacos cuya biodisponibilidad es equivalente vía oral y vía intravenosa que serán el Levofloxacino 500 mg y el omeprazol 20 mg.

3. Intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción / número de intervenciones realizadas por el servicio de farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
· Del 17 de octubre al 1 Diciembre: realización de sesiones en los servicios quirúrgicos.

· El 1 diciembre iniciamos primera recogida de datos y análisis de los mismos para valorar nuevas estrategias.

· Enero y febrero: realización de estudio descriptivo del tipo de pacientes y patología más prevalente.

· Marzo y abril: reincidir en sesiones si fuera preciso.

· Junio: presentación memoria de resultados y nuevas propuestas si las hubiese

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología quirúrgica en general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0799 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE SEGURIDAD CLINICA Y MORTALIDAD
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· BERGUA MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· VIÑUALES PALOMAR CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· ESCARTIN LAPLANA ENMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el conjunto de los eventos adversos que se producen en relación a la atención sanitaria, uno de los grupos mas importantes esta en relación con el uso del medicamento. En España entre un 1,4% a un 5,3% de los pacientes hospitalizados sufrieron durante su estancia hospitalaria eventos adversos motivados por errores en la medicación. Los principales tipos de errores fueron: la falta de prescripción de un medicamento necesario, la prescripción de dosis incorrectas o de un medicamento inadecuado, el seguimiento insuficiente del tratamiento y las interacciones entre los fármacos . La omisión fue el error mas frecuente en todos los procesos.Destacar que la segunda línea estratégica del plan nacional de la seguridad para el paciente 2015-2020 es la referente a las Prácticas Seguras y dentro de estas el primer objetivo es promover el uso seguro del medicamento, recomendando a su vez el uso de la prescripción electrónica La prescripción electrónica ha supuesto un gran avance en la seguridad del paciente pero no exento de errores. En nuestro centro hemos realizado un estudio descriptivo para identificar los eventos mas frecuentes en nuestro medio, constatando que en un número no despreciable de ocasiones son secundarios al uso de la herramienta informática .En este plan de mejora que se realiza en colaboración entre la Comisión de Seguridad Clínica y representantes de enfermería, del farmacia hospitalaria y especialidades médicas tiene como fin generar estrategias de trabajo para mejorar la Seguridad del Paciente con respecto a la prescripción electrónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1/•Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, enfermería y farmacia hospitalaria.
2/Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración.
3/Uso correcto del texto asociado
4/Evitar el error utilizando el propio evento adverso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1/Formación del personal sanitario relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento estableciendo coordinación entre los diferentes niveles. De relevante importancia es que prescripción del tratamiento pueda ser revisado por el Servicio de Farmacia. Para ello las validaciones deberían realizarse antes de las 13,30 horas.
2/La prescripción electrónica tiene indudablemente grandes ventajas, pero se observan la intervención en numerosas ocasiones por el servicio de farmacia para corregir modificaciones de dosis, de vía o de forma galénica. Se propone que el fármaco al que queremos modificar algún parámetro lo suspendamos y lo prescribamos de nuevo.
3/Estandarización del texto asociado que incluya variables como género de vida, dieta, control de constantes u oxigenoterapia. De forma más especifica cada especialidad añadirá las variables que considere .Evitar su uso para la prescripción de fármacos que estén incluidos en el vademécum del hospital. Revisar cada día el texto asociado, borrar todos aquellos epígrafes que no sean necesarios, haciéndolo más operativo.
4/Informar de los eventos adversos en relación al tratamiento. Comunicarlos a través del SINASP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Porcentaje del número de validaciones realizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones realizadas entre las de 8 a 16 h .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado con respecto al número de estancias hospitalarias .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias.
•Estudio comparativo entre la recogida de datos realizada antes y después de la intervención .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Noviembre y Diciembre 2016: elaboración de sesiones informativas y presentación en las diferentes especialidades médicas del plan de mejora
• Enero a Mayo del 2017 : Recogida de datos.
•Junio 2017 analísis de datos y estudio comparativo con respecto a los datos obtenidos previamente al plan de mejora.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0799 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier tipo de patología dentro de las especialidades médicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0014 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA DEL PRADO SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DUQUE MAVILLA SILVIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· GARCIA MAGALLON BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REUMATOLOGIA
· COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· ROSELLO PARDO ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REUMATOLOGIA
· GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· GARCIA MALINIS ANA JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dado el importante número de pacientes con Psoriasis cutáneo y/o artropático, que se benefician de los tratamientos con fármacos biólogicos que controlan y mantienen al paciente sin enfermedad, muchos de ellos durante más de 9 meses. Se iniciaron pautas posológicas alargadas en el tiempo (desintensificando dosis) y el paciente se sigue manteniendo sin enfermedad.
Esto supone un beneficio tanto para el paciente que recibe menos dosis de medicación y sigeu libre de enfermedad, como para el sistema de salud pués supone un importante ahorro en el gasto farmacéutico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Protocolizar la pautas de desintensificación de los farmacos biológicos, cuando cumpaln criteriso médico dermatológicos y reumatológicos de evolución
2- diminuir la cantidad de medicamento suministrados a los pacientes una vez se encuentre libres de enfermedad y cumplan los criterios previos establecidos
3- colaboración conjunta por parte de los servicios de dermatología reumatología y farmacia en el manejo de éstos pacientes
4- disminuir el gasto farmacéutico hospitalario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Establecer un protolocolo médico para cuando comenzar a desintensificar la medicación a los pacientes. Manejo de escalas dermatológicas: PASI, DLQI, y escalas reumatológicas.Cada servicio correspondeiente diseñará el suyo y lo aplicará individulamente a sus pacientes y en conjunto derma-reuma cuando el paciente esté afecto de los dos sistemass y lleve el mismo biológico.
-diseñar tablass de excel por parte del servico de Farmacia, para cada biológico desintensificado y calcular el ahorro anual con la nueva pososlogía

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-escalas PASI Y DLQI para dermatología, controles cada 3, 6 y 9 meses de la desintensificación inicial
-escalas de reumatología para control a los 3, 6 y 9 meses de la deintensificación o espaciación de dosis
-escalas de farmacología para conocer el ahorro o disminución de gastos en los pacientees desintensificados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
inicio Octubre 2016,
primeros controles enero 2017
segundos controles abril 2017
tercer control julio 2017
Finalización del proyecto octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIADEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· DEL VALLE SANCHEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· GOMEZ GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer cutáneo es un problema de salud mundial, ya que es la neoplasia maligna más frecuente, con una incidencia que aumenta anualmente entre 3-8%. La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración.
Según el Registro de Cirugía de Mohs de la Academia Española de Dermatología (AEDV), puesto en marcha en 2013 (http://aedv.es/investigacion/proyectos-de-investigacion/registro-nacional-de-cirugia-micrografica-de-mohs/) un buen número de hospitales, tanto públicos como privados de nuestro país, realiza este tipo de cirugía de forma rutinaria. Aragón es una de las pocas Comunidades Autónomas que no dispone de ningún centro sanitario público o privado en el que ésta se lleve a cabo. Esto tiene dos consecuencias:
1. Los pacientes con indicación precisa de este tipo de cirugía han de ser derivados a otras comunidades para su intervención. Ello ocasiona alteraciones personales y sociales a los pacientes y sus familias, complejidad logístico-administrativa para el Servicio Aragonés de Salud y un gasto económico derivado de lo anterior para la institución.
2. Pacientes con indicación de cirugía de Mohs no reciben este tratamiento por las dificultades que supone su derivación a centros fuera de la Comunidad, con el riesgo de un mayor índice de persistencias y recurrencias tumorales y las complicaciones que de esto se derivan. Además, las persistencias y recurrencias se detectan más tardíamente, lo que puede condicionar una actitud terapéutica más agresiva o una pérdida de oportunidad potencialmente evitable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: creación de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Dermatología, para la realización de la Cirugía Micrográfica de Mohs, con el fin de incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo.
Objetivos secundarios:
- Minimizar la posibilidad de persistencia tumoral que condicionaría la recidiva del tumor.
- Preservar el mayor tejido sano peritumoral posible, de especial importancia en tumores faciales.
- Disminuir el impacto psicosocial y el gasto sanitario que de una derivación a un centro sanitario fuera de la Comunidad Autónoma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Criterios de inclusión:
- Personas con cáncer cutáneo que cumpla las indicaciones de cirugía de Mohs
- Firmar el consentimiento informado por escrito
Criterios de exclusión:
- Rechazo de la cirugía por parte del paciente
- Presentar patologías que puedan contraindicar una intervención quirúrgica.
MÉTODO
Las indicaciones principales para la cirugía de Mohs son los carcinomas basocelulares y espinocelulares; aunque, actualmente, las indicaciones para la realización de este tipo de cirugía se encuentran en aumento, teniendo que individualizar cada caso en función de las características del paciente y el tumor.
El paciente que presente un cáncer cutáneo, que cumpla indicaciones para el tratamiento con cirugía de Mohs, será incluido dentro de la lista de espera quirúrgica para cirugía de Mohs. Previo a la realización del proceso quirúrgico, en aquellos casos en los que el protocolo lo indique, se realizará una prueba de imagen complementaria para delimitar las dimensiones del tumor y permitir un mejor abordaje quirúrgico.
Una vez que el paciente se encuentra en la intervención quirúrgica, se realizarán todos los pases quirúrgicos necesarios, hasta que no se observe persistencia histológica tumoral, mediante el estudio anatomopatológico. Posteriormente, se procederá al cierre del defecto mediante cierre directo o reconstrucción mediante colgajo o injerto cutáneo, según precise.
Para la realización de éste proceso, la Unidad de Dermatología y el Servicio de Anatomía Patológica, se encuentran dotados de la infraestructura humana y técnica necesaria para llevar a cabo dicha cirugía. Además, requerirá de la presencia de dos dermatólogos para realizar la intervención, y de un técnico de anatomía patológica y un patólogo para el procesado y diagnóstico anatomopatológico de la muestra.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se han realizado reuniones con los diferentes facultativos que componen el proyecto con el fin de unificar

Proyecto: 2016_0103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIADEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS

criterios de inclusión, exclusión y derivación.
Se espera obtener:
Mejora en las tasas de curación medida mediante el porcentaje de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento tras una cirugía de Mohs comparado con el número los mismos tipos histológicos de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento antes de instaurarse la cirugía de Mohs.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto octubre de 2016 y como mínimo una año de duración del mismo. Se realizará, en un inicio, una sesión mensual, que se modificará en función de las necesidades.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

2. RESPONSABLE ..... MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· OLIVAN GUERRI LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· LAMBAN AISA ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BER NIETO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una entidad que a menudo requiere tratamientos costosos con potenciales efectos adversos graves. Su abordaje multidisciplinar ha promovido la creación de Unidades específicas de manejo integral. De acuerdo con distintos Consensos sobre las Unidades de EII, la consulta monográfica de enfermería (CME) resulta esencial para optimizar la asistencia, mejorar la autonomía de pacientes, supervisar tratamientos, prevenir complicaciones y facilitar un acceso rápido a los pacientes.
Durante el segundo semestre de 2015 y el 2016 se ha desarrollado el proyecto “CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL”. La CME comenzó de forma parcial a finales de 2015 y de forma reglada en 2016. Actualmente hay adscritos dos enfermeros, específicamente formados, que cuentan con dos jornadas para atención directa al paciente y con 2 horas el resto de jornadas dedicadas a actividades relacionadas y a resolución telemática de consultas. Hasta Junio de 2016 se han atendido unas 500 visitas y 100 consultas telemáticas. De éstas se resolvieron sin visita médica un 92%, se adelantaron consultas médicas en un 5% y se ingresaron 3 pacientes sin acudir a Urgencias. Complementariamente han participado en estudios y en la actualización de casos en un registro nacional. Así, actualmente la CME está ofreciendo diversos servicios que progresivamente deben ir aumentando para mejorar su calidad de atención. Entre estas competencias a implementar podría destacarse la valoración continua de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y del estado nutricional, la prevención de infecciones y aumentar la información proporcionada a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Mejorar la valoración de la CVRS y el abordaje psicosocial.
2- Lograr la logística necesaria para una adecuada evaluación nutricional mediante parámetros nutricionales y antropométricos.
3- Aumentar la información proporcionada a pacientes en situaciones especiales o que vayan a recibir tratamiento.
4- Asegurar una correcta profilaxis de enfermedades infecciosas en individuos a riesgo mediante protocolos multidisciplinares.
5- Aumentar la información online propia sobre la EII y sobre la Unidad.
6- Coordinar y facilitar la relación con otras unidades (Hospital de día, Farmacia, Granulocitoaféresis, etc).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización.
2- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización.
3- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas individualizadas para pacientes en situaciones concretas (mujeres en edad fértil, ancianos, etc) y acerca de cuidados y precauciones para pacientes en tratamiento (Inmunomoduladores, biológicos, etc).
4- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME.
5- Creación de página web en la que incluir tanto información de la Unidad y su personal, como información útil para pacientes.
6- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Porcentaje de pacientes con test de CVRS y psicosocial realizados en un año.
2- Porcentaje de pacientes con evaluación nutricional realizada en un año.
3- Pacientes que han seguido el protocolo consensuado de profilaxis de infecciones y vacunas administradas en la CME.
4- Creación de página web, número de visitas y cantidad de descargas de documentos.
5- Se mantendrá la evaluación de ítems del proyecto previo:
a. Pacientes controlados anualmente.
b. Pacientes con check-list de inmunización.
c. Pacientes o familiares que han precisado contacto telefónico u online en un año.
d. Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- Segundo semestre de 2016:
Elaboración de los cuestionarios de CVRS y psicosociales, o elección de cuestionarios validados.
Elección de parámetros analíticos y antropométricos y establecer la logística de realización.
Creación de hojas informativas.
Elaboración del protocolo multidisciplinar de profilaxis de enfermedades infecciosas y lograr la logística necesaria para administrar vacunas.
Reuniones periódicas de la Unidad.
- 2017:
Implementación de los cuestionarios, el control nutricional y el protocolo de profilaxis infecciosa en la práctica habitual de la CME.
Creación de la página web.
Reuniones periódicas de la Unidad y actualizar necesidades.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACIÓN DE PATOLOGÍAS PREFERENTES MEDIANTE GESTIÓN DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BER NIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· TORRALBA CAMPOS MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· EIZMENDI BINDER ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DOMINGUEZ CAJAL MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BELLOC BARBASTRO BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las causas implicadas en la generación de las listas de espera son múltiples y no siempre dependen de factores que se puedan controlan en los servicios de atención especializada. Una inadecuada lista de espera genera una peor atención al paciente y un deterioro en la coordinación asistencial. Actualmente nuestro servicio presenta una prolongada demora con un claro impacto negativo en la calidad de la atención al paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la nueva adecuación de la lista de espera con priorización directa de nuestro servicio, se pretende modificar la dinámica clásica de citaciones de las agendas de Digestivo del Hospital San Jorge de Huesca con el objetivo de evaluar a los pacientes preferentes con una demora máxima de 15 días y el resto de pacientes con una demora menor a 30 días

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elimina la posibilidad de cita directa en nuestras agendas desde atención primaria y urgencias. Semanalmente se evalúan todos los volantes de derivación, con la información recibida y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica) se decide si: a) enviar un informe con recomendaciones basadas en guías de práctica clínica a seguir por el médico de atención primaria, sin necesidad de evaluación presencial del enfermo (se realiza informe en una agenda especial creada para este motivo – visita online-) o b) si el enfermo precisa cita presencial preferente (< 15 días) o normal (< 30 días). De forma paralela se adapta la oferta de nuestras agendas de primera visita según la priorización que se ha realizado.

Además se facilita un correo electrónico de contacto para cualquier duda o sugerencia relativo a los pacientes, citaciones o seguimiento de guías clínicas.

El paciente recibirá una carta informando que debe acudir nuevamente a su centro de salud, que también habrá recibido una carta con las recomendaciones para su caso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mensualmente se realizará las siguientes evaluaciones

-Número total de volantes de derivación, así como origen de los mismos
-% de pacientes remitidos como preferentes
-% de pacientes preferentes tras evaluación por especialista
-% de pacientes de consulta online
-Número total y % de pacientes citados en consulta
-Tiempo (días) de demora para una primera consulta (preferente/normal)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este nuevo sistema de citación se ha iniciado en Febrero de 2016 y pretende ser el método de citación en nuestras consultas. Se ha creado una agenda específica para las visitas online /informes a médico de atención primaria.
En el plazo de aproximadamente 6 meses-1 año calculamos alcanzar la meta de una demora inferior a 15 días para la consulta preferente y menor de 30 días para la normal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACIÓN DE PATOLOGÍAS PREFERENTES MEDIANTE GESTIÓN DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Proyecto: 2016_0592 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MONTORO HUGUET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARA GARCIA ANGEL. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. DIGESTIVO
· ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. CS GRAÑEN. DIGESTIVO
· BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA. MEDICO/A. CS HUESCA RURAL. DIGESTIVO
· BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. DIGESTIVO
· BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. DIGESTIVO
· CAJAL MARZAL ADOLFO. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. DIGESTIVO
· CAJARAVILLE ASO PILAR. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes con síntomas digestivos son valorados inicialmente por médicos de familia (MF) en los Centros de Salud (CS). La eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario depende, en gran medida, de la toma de decisiones en estos escenarios. El cribado de los volantes dirigidos desde la atención primaria de salud (APS) hacia el entorno hospitalario, ha permitido identificar elevadas tasas de derivaciones inapropiadas, factor determinante de demoras no deseadas e insatisfacción por parte de los usuarios. La Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSJ de Huesca presentó durante el ejercicio de 2015 un proyecto de mejora de la Calidad Asistencial (INDOGASTRUM) (http://www.indogastro.org/foro/index.html) basado en la creación de un foro de interacción donde MF y especialistas en Ap. Digestivo (EAD) comparten experiencia y conocimiento. El foro se divide en áreas temáticas donde se pueden alojar opiniones de expertos o formular preguntas al especialista de carácter genérico e interés general. Como continuidad al foro INDOGASTRUM se presenta un proyecto basado en la implementación de protocolos de actuación conjunta y flujogramas de gestión clínica entre MF y EAD impulsado por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) con el respaldo y auspicio de la SEMFYC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1) Disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas proporcionando mayor autonomía y capacidad de gestión al MF.
2) Contribuir a la difusión de protocolos de actuación conjunta entre primaria y hospitalaria centrados en los síntomas digestivos más prevalentes.
3) Establecer criterios de derivación consensuados por expertos de ambas Asociaciones Científicas con especial énfasis en el conocimiento de los síntomas de alarma que obligan a una atención preferente por parte de EAD.
4) Proporcionar criterios qué permitan definir qué tipo de pacientes pueden ser atendidos esencialmente en el ámbito de la APS, cuáles son tributarios de un manejo por EAD y en qué situaciones se hace necesaria una atención y seguimiento conjunto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
AEGastrum es un programa formativo de ámbito estatal, impulsado desde la vocalía de Docencia de la AEG, cuenta con el aval de la SEMFYC y está acreditado por la Asociación de Profesiones Sanitarias de Madrid. El programa consta de 12 monográficos, relativos a las patologías más prevalentes: a saber: 1) Enfermedad por reflujo gastroesofágico; 2) Dispepsia; 3) Helicobacter pylori; 4) Gas y Distensión abdominal; 5) Síndrome de intestino irritable; 6) Estreñimiento crónico; 7) Diarrea crónica; 8) Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca; 9) La enfermedad inflamatoria intestinal en el centro de salud; 10) Patología anorrectal benigna: hemorroides y fisura anal; 11) Idoneidad de la solicitud de colonoscopia en atención primaria; 12) Revisión del paciente post-polipectomía.
Cada monográfico se impartirá en un CS por parte de un EAD del HSJ-Hu, previo acuerdo con el coordinador correspondiente. Los contenidos del monográfico serán grabados por un equipo (Docentia TV) con experiencia en la transmisión de Cursos y Reuniones Científicas (http://www.docentiatv.com/-inicio) y alojados posteriormente en una plataforma web desde donde se podrán ver en diferido, bien desde los 14 CS dependientes del sector sanitario de Huesca, o a título individual desde los ordenadores personales de los MF. La financiación del proyecto está respaldada por la cuenta de investigación del grupo INDOGASTRO (investigación y docencia en gastroenterología) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, cuyo titular es el Dr Montoro Huguet. Los contenidos del PROGRAMA AEGastrum no están supeditados a intervención alguna por parte de la industria farmacéutica, siendo su propiedad intelectual y Copyright de las Sociedades Científicas que lo respaldan y promueven.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Relación de 1ªas visitas solicitadas desde la APS en 2018 / 2016 < 1; 2) Relación entre derivaciones inapropiadas en 2018/2016 < 1; 3) Satisfacción global del programa evaluada mediante encuesta cumplimentada por los MF de los CS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las sesiones clínicas se impartirán entre los meses de noviembre de 2016 y diciembre de 2017, salvando los meses de julio y agosto de 2017.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0592 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Forman parte del equipo de este proyecto los coordinadores de los 14 CS del SSH. Debido a la limitación establecida en la convocatoria, se han incluído por orden alfabético los 8 primeros. A fin de evitar cualquier agravio, se ruega considerar la posibilidad de incluir en el programa a los coordinadoresde los CS restantes:Pirineos: (Antonio Castillón [acastillonf@salud.aragon.es]; Berdún: (Ana Carmen Gimenez Baratech [acgimenezb@salud.aragon.es]; Broto (José Miguel Lloro Lloro [jmlloro@salud.aragon.es]); Jaca: María Virginia López Cortés vlopez@salud.aragon.es]; Ayerbe (Juan José Martinez Trivez [jjmartinezt@salud.aragon.es]; Sariñena: María José Suárez Fernández: [mjsuarez@salud.aragon.es]; y Hecho (Adela Vázquez Echevarría [avazqueze@salud.aragon.es]).

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0803 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA DECISION TOMADA POR EL COMITE DE TUMORES DE NUESTRO HOSPITAL EN RELACION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER COLORRECTAL

2. RESPONSABLE ..... SANTOS SANTOLARIA PIEDRAFITA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA. MEDICO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer colorrectal (CCR) representa en España la tercera causa de cáncer más frecuente en hombres y la segunda en mujeres. Su incidencia se estima en 28.000 nuevos casos al año y constituye la segunda causa de muerte por cáncer.
En la actualidad en la comunidad de Aragón se ha implantado un programa de cribado de CCR, lo que ha supuesto un incremento notable en el numero de diagnósticos de esta patología. Cada nuevo paciente diagnosticado se presenta en el Comité de tumores multidisciplinar de nuestro hospital para individualizar y decidir el tratamiento y seguimiento más adecuado. Consideramos de vital importancia digitalizar en la historia clínica electrónica cada caso presentado así como en la intranet intrahospitalaria para que todos los profesionales sanitarios tengan un acceso rápido a la decisión tomada sobre cada paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Digitalizando cada caso presentado en el comité de tumores, todo profesional sanitario tiene un acceso rápido y fiable a los datos más importantes del paciente en relación a su patología tumoral.
El objetivo es mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Especializada, facilitando que el Médico de Atención Primaria sea conocedor en todo momento del proceso de diagnostico y tratamiento del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dado que se ha establecido un programa de cribado de CCR, el servicio de Digestivo se compromete a digitalizar los casos de está patología presentados en el comité de tumores e ir progresando con el resto de patologías tumorales relacionadas con el aparato Digestivo.
De cada paciente presentado en el comité de tumores se realizará un breve informe que incluirá los siguientes datos: antecedentes personales, tratamiento médico habitual, diagnóstico endoscópico, resultado anatomo-patológico, pruebas complementarias realizadas y decisión del comité de tumores. Dicho informe quedara recogido en la historia clínica electrónica del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En junio del 2017 se realizará una evaluación del proyecto mediante una breve encuesta de calidad a los médicos de los Centros de Salud que están participando en el Programa de prevención del CCR en población general.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Julio de 2016 hemos empezado a digitalizar los pacientes con diagnóstico de CCR presentados en el comité de tumores así como el resto de pacientes presentados con otro tipo de patología tumoral digestiva.
El objetivo es prolongar este protocolo de actuación de manera indefinida e incluso extenderlo al resto de patologías tumorales que se presentasen en el comité de tumores, y no sólo los tumores digestivos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_1558 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALCOLEA GUERRERO
· Profesión ..... ADMINISTRADOR/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTERO ALONSO GEMMA. ADMINISTRADOR/A. H SAN JORGE. DIRECCION
· RIVERA FUERTES ANA MARIA. MEDICO/A. DAP HUESCA. DIRECCION
· MONTOIRO ALLUE RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION
· ELDUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION
· CALVO GASCON ANA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIRECCION
· BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. DIRECCION
· LUESMA CASAÑOLA CARMEN. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la era digital el Sector Sanitario de Huesca no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y usuarios del Sector como otros Sectores del Servicio Aragonés de Salud.
Adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales es un objetivo para el 2017

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de un sitio web del sector sanitario de Huesca dirigido a los ciudadanos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición de la estructura del sitio web y diseño.
- Generación de los contenidos.
- Definición de responsables para su mantenimiento.
- Definición de responsables de contenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Puesta en marcha del sitio web

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre 2016- Diciembre 2017
- Primera fase: Finalizada en Julio 2017
- Segunda fase: Finalizada en Diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. General
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1720 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MONTOIRO ALLUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO. CELADOR/A. H SAN JORGE. CELADORES/AS
· LOPEZ UBEDA MARTA. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MASIP ESQUERDA MONTSERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MIRAVETE VALIENTE MARIA ANGELES JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad en la infancia supone una ruptura con la biografía del niño y provoca un gran impacto físico, psicológico y social. La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas proclama el derecho de la infancia a disponer de protección, cuidados y asistencia especiales, así como el derecho del niño a expresar su opinión y a ser escuchado cada vez que se tome una decisión que le afecte. En 1999 el pedagogo italiano Francesco Tonnuci comenzó un proyecto internacional de participación ciudadana que pretendía tomar al niño como parámetro de la construcción de la ciudad y todo su entorno. En el año 2011 se puso en marcha en Huesca el proyecto creándose el laboratorio de la Ciudad de las niñas y los niños y el Consejo de las niñas y los niños.

Humanizar es algo más que ser amable, se trata de un compromiso activo y una responsabilidad. Con este proyecto se pretende apostar por sustentar y mejorar aspectos y dimensiones de una asistencia sanitaria humanizada en la infancia en el Hospital San Jorge.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Identificar las necesidades, expectativas y demandas de los niños, respecto a la atención humanizada, a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Identificar las expectativas, necesidades y demandas que requieren los profesionales del Hospital San Jorge para promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en la población pediátrica del centro.
- Identificar áreas de mejora: Humanizar los espacios físicos y personalizar el proceso de información y acogida a pacientes pediátricos y familiares.
- Establecer un plan de actuación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reuniones cuatrimestrales con el Consejo de las Niñas y los Niños.
-Creación y puesta en marcha del grupo de humanización del centro.
-Identificación de las áreas de mejora.
-Establecer plan de actuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Creación grupo humanización del centro.
-Realización reuniones cuatrimestrales con los profesionales y los niños.
-Identificación de áreas de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017: estudio de la opinión de los profesionales y los niños. Identificación de las áreas de mejora.

2018: Implantación de las mejoras propuestas. Verificación de su funcionamiento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0823 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDEA EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR Y MEJORAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JARA ALTEMIR TRALLERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA CALVO ANGEL. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los procesos tiroideos constituyen, después de la diabetes, la patología endocrinológica más frecuente en la consulta de de Atención Primaria. La buena coordinación entre el Médico de Atención Primaria y el Endocrinólogo es un reto del sistema Sanitario de Salud en España. El abordaje de la patología tiroidea desde Atención Primaria tiene gran interés y su correcto manejo podría evitar muchas derivaciones al Endocrinólogo. La observación y la sospecha clínica en la consulta de Atención Primaria son fundamentales para el diagnóstico, por lo que sería importante difundir una guía de actuación y manejo de los procesos tiroideos en los Centros de Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar una guía para el manejo adecuado del nódulo tiroideo en Atención Primario y definir unos criterios de derivación a la consulta de Endocrinologia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión de una guía práctica para el manejo del nódulo tiroideo en los Centros de Atención Primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que se benefician de la aplicación de ese protocolo.:
1 Número de visitas totales.
2.Número de analíticas solicitadas
3.Número de ecografías tiroideas
4.Número de derivaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio el 1 de enero del 2017 sin fecha de finalización

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0159 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ..... LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LERA OMISTE INMACULADA. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· GARI LACRUZ ANGEL. JUBILADO/A. CIUDADANO/A. COMITE ETICA HUESCA
· ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CALVETE PALACIO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ATENCION AL PACIENTE
· BESCOS OROS MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ESAD HUESCA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La bioética se ocupa, entre otras cosas, de asesorar a profesionales y pacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria ante la toma de decisiones difíciles con una dimensión ética, así como de orientar en la aplicación de los avances científico-técnicos en el campo de la biomedicina, de acuerdo con los valores y principios morales.

Un Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo que asesora a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presentan problemas éticos, también se encarga del fomento de la formación e investigación en Bioética.

Debido a los cambios y reformas vividas en Aragón con respecto a la regulación del Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial (Decreto 96/2013 de 28 de mayo), en nuestro sector, en los últimos años han surgido diversos cambios y transformaciones, sobretodo en lo que respecta a la normativa interna, regulación legal (acreditación), incorporación de nuevos miembros, formación, etc. Es por ello necesario informar tanto a usuarios como a profesionales de la existencia de dicho Comité así como la difusión de su cometido, medios de contacto, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mediante esta herramienta se pretende:
– Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
– Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizara un tríptico explicativo y simple sobre las funciones del Comité de Ética Asistencial, información sobre métodos de contacto, etc.
El tríptico será difundido por las Unidades y Servicios del Hospital San Jorge, centros de Salud, Servicios de Atención al paciente o usuarios, así como otros lugares pertenecientes al Sector Huesca.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se contabilizaran tras un tiempo prudencial los trípticos sobrantes, así como el número de consultas recibidas tras la difusión de la información.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que dichos trípticos estén siempre disponibles como medio de información.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Participacion, accesibilidad e informacion de usuarios y profesionales.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los usuarios y profesionales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0649 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN VIÑUALES ARMENGOL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
a infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es un problema de salud de primera magnitud en Europa. Es la primera causa de enfermedad hepática terminal y una de las principales indicaciones de trasplante hepático. El VHC se divide en 7 genotipos con numerosos subtipos, siendo el genotipo 1 el más frecuente en Europa con una prevalencia del 70%, seguido del genotipo 3.
Para el genotipo 1, la terapia triple con PEG+RBV y uno de los inhibidores de proteasa están disponibles desde el año 2011 y presentan una tasa de respuesta viral sostenida (RVS) que oscila entre el 30-84% en función de subtipo, el polimorfismo del gen IL28B, la respuesta al tratamiento previo y la gravedad del daño hepático. Para el resto de los genotipos, el tratamiento consiste en la combinación de PEG+RBV durante 16-48 semanas. Las tasas de RVS oscilan entre el 30 y el 80%, siendo en los genotipos 2 y 3 en los que se consiguen mejores resultados. Los tratamientos basados en interferón (IFN) se asocian a un gran número de efectos adversos, lo que limita su aplicabilidad en algunos grupos de pacientes. Por lo tanto, las moderadas tasas de eficacia y la gran cantidad de efectos secundarios de las terapias basadas en interferón, especialmente en los pacientes con enfermedad hepática más avanzada y en los que han fracasado tratamientos previos, hacen muy necesarios otros fármacos que sean mejor tolerados, más efectivos y que permitan combinaciones libres de interferón. En el momento actual existe un enorme desarrollo de la investigación de nuevos fármacos frente al VHC que actúan de manera directa y que proporcionan aumentos muy importantes en la eficacia y de seguridad . La rápida aparición de estas nuevas moléculas junto con el elevado coste que suponen estos tratamientos, hace necesario un estrecho seguimiento para evaluar tanto la eficacia en la práctica clínica habitual como las posibles reacciones adversas de nueva aparición.
Este proyecto se inició el año pasado y se puede concluir que: La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC. En nuestro estudio el 100% de los pacientes consiguió CV indetectable al finalizar el tratamiento así como una alta tasa de RVS en semana 12. No obstante, habría que esperar a los resultados de CV en semana 24 post-tratamiento, así como analizar las razones de los rebrotes en pacientes que habían conseguido la indetectabilidad al finalizar el tratamiento. A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas. La buena coordinación y seguimiento por parte del equipo multidisciplinar ha permitido optimizar los tratamientos y mejorar la eficiencia y seguridad en la atención de estos pacientes. Dado que todavía no se han tratado todos los pacientes, la aparición de nuevas moléculas para el tratamiento de esta patología y los buenos resultados obtenidos el año pasado, se hace necesario continuar con este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Coordinación con los facultativos implicados.
Seguimiento de la eficacia de los nuevos antivirales y de la adecuación a las directrices del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C.
Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
Atención farmacéutica a estos pacientes mediante información oral y escrita.
Detección de posibles interacciones de los nuevos fármacos con la medicación domiciliaria.
Detección /notificación de reacciones adversas a medicamentos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión con los Servicios implicados de la metódología definida en cuanto a la periodicidad de las determinaciones de las CV, y análisis de los resultados del proyecto durante el año anterior.
Cumplimentación de los datos relativos al genotipo y las cargas virales periódicas en la carpeta compartida Microbiología-Farmacia. Esto permitirá realizar el seguimiento exhaustivo de todos los tratamientos y poder valorar la eficacia en las condiciones reales de utilización.
Elaboración de hojas informativas para los pacientes de los nuevos medicamentos.
Para realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento, se utilizará el registro de dispensaciones del módulo de dispensación a pacientes externos del programa Farmatools
La detección de posibles interacciones y reacciones adversas se realizará mediante entrevista con el paciente en el momento de la dispensación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% Pacientes con CV indetectable al finalizar el tto.
Nº Reacciones adversas a medicamentos detectadas/ nº de medicamentos dispensados.
Nº de intervenciones farmacéuticas realizadas.
Nº de pacientes a los que se ha realizado atención farmacéutica/ nº total de pacientes.

Proyecto: 2016_0649 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión de la metodología y análisis de los resultados con los servicios: Enero 2017.
Elaboración hojas informativas: Enero y siguientes.
Atención farmacéutica, detección de interacciones y reacciones adversas: Enero y siguientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hepatitis C

Proyecto: 2016_0650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención farmacéutica al paciente en urgencias es una actividad clínica de importancia creciente. Se han publicado numerosos estudios, dentro y fuera de nuestro país, que ponen de manifiesto la alta prevalencia de problemas relacionados con la medicación en los pacientes atendidos en urgencias y la capacidad del farmacéutico de prevenirlos y resolverlos trabajando en colaboración con los equipos multidisciplinares que los atienden. En este contexto, una de las actividades más consolidadas es la revisión del tratamiento crónico que recibe el paciente. Por un lado, los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) ocasionan un porcentaje importante de ingresos hospitalarios. Su identificación es necesaria para tratar el episodio agudo que presenta el paciente. Por otro lado, la revisión del tratamiento crónico forma parte del proceso de conciliación, necesario para adecuar la terapia crónica que recibe el paciente a la nueva situación clínica que presenta en el hospital. El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción. También intenta evitar las interacciones y duplicidades entre la medicación crónica y la aguda, ajustándose a la situación clínica actual. Toda discrepancia no justificada por el médico se considera un error de conciliación.
El proceso de conciliación de la medicación debería ser una práctica integrada en la actividad asistencial diaria en todos los hospitales ya que ha demostrado ser una estrategia importante para reducir los errores de medicación, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para los pacientes, siempre y cuando se revisen los tratamientos farmacológicos en las primeras 24-48 h de la admisión. Sin embargo, una de las principales barreras para la conciliación de la medicación es la disponibilidad de tiempo del personal sanitario para añadir este proceso en sus tareas habituales.
Por esta razón muchos hospitales han optado por hacer una selección de pacientes según diferentes criterios de prioridad. Una de las poblaciones más susceptibles de presentar problemas relacionados con la medicación en los servicios servicios de urgencias es la constituida por las personas mayores. Este hecho ha sido reconocido por la American Geriatric Society y The American College of Emergency Physicians que recomienda la incorporación de un farmacéutico en los equipos que los atienden. Se trata de una población que, a menudo, presenta comorbilidades asociadas y recibe multitud de medicamentos. Se ha estimado que el 6-30% de los ingresos en pacientes mayores se deben a problemas relacionados con los medicamentos y que un porcentaje importante se debe a prescripciones potencialmente inapropiadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Coordinación con los facultativos implicados.
Asegurar una atención sanitaria continua, segura y de calidad.
Favorecer la continuidad asistencial interniveles de los pacientes.
Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento farmacológico.
Disminuir los errores de medicación producidos en las distintas transferencias asistenciales.
Disminuir las interacciones farmacológicas.
Evitar intolerancias y alergias medicamentosas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un equipo multidisciplinar integrado por un farmacéutico y por personal del Servicio de Urgencias implicado en el proceso asistencial.
Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación y asignación de responsabilidades.
Definición y clasificación de discrepancias y establecimiento de recomendaciones frente a las discrepancias observadas
Establecer un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación.
Análisis de las distintas fuentes de obtención de la información farmacológica de los pacientes (Farmasalud, OMIG, Historia electrónica...) y elaboración de un sistema estandarizado (base de datos e impresos específicos) para recopilar y documentar la información sobre todos los medicamentos del paciente, incluyendo la entrevista al paciente y/o cuidador.
Elaboración de una tarjeta o impreso específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta y que permita una adecuada coordinación con Atención Primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nª Pacientes con conciliación de la medicación.
Nº de Medicamentos conciliados.
Porcentaje de pacientes con discrepancias. Pacientes con discrepancias/ Nº pacientes conciliados.
Nº Medicamentos con discrepancias / Nº total de medicamentos conciliados.
Nº Discrepancias aceptadas / Nº total de discrepancias.

Proyecto: 2016_0650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación equipo multidisciplinar: Nov- Dic 16.
Definición del circuito, de discrepancias, recomendaciones y criterios priorización: Enero-Marzo 17
Elaboración impresos y tarjeta: Abril 17.
Inicio conciliación: Mayo y siguientes

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente pluripatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1708 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· MONTOIRO ALLUE RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION
· DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La finalidad de este proyecto es integrar los programas informáticos PCH, DOMINION y un sistema automatizado de dispensación (SAD) para facilitar la prescripción de medicamentos y optimizar la gestión de stock de los mismos, con el correspondiente ahorro económico, de tiempo y carga de trabajo del personal del Servicio de Urgencias. Además, se garantiza la total trazabilidad en el proceso terapéutico (quién prescribe y qué persona retira la medicación a nombre de qué paciente) y la optimización de la situación farmacoterapéutica global del paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos que se proponen están relacionados con la seguridad del paciente, la seguridad del proceso y la eficiencia:

- Optimizar la gestión de stock de medicamentos en Urgencias.
- Eliminar los depósitos de medicamentos y sus problemas derivados (roturas, pérdidas, caducidades…)
- Disponibilidad de medicamentos las 24h del día.
- Facilitar el análisis de la farmacoterapia del paciente con la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.
- Detectar y disminuir los problemas relacionados con la medicación (PRM)
- Promulgar el uso racional de los medicamentos.
- Reducir costes económicos asociados a los stocks de medicación tradicionales.
- Reducir costes económicos asociados a los PRMs.
- Generar conocimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Asistencia y formación a personal facultativo y de Enfermería en la integración PCH-Dominion.
- Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.
- Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento de los SAD.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento de las principales patologías atendidas en Urgencias.
- Analizar el uso y consumo de medicamentos en Urgencias.
- Evaluar los tratamientos prescritos en Urgencias.
· Actividades del farmacéutico:
o Gestión y organización de stocks.
o Detección y prevención de PRM.
o Conciliación del tratamiento con medicación domiciliaria al ingreso y al alta. o Intervenciones sobre la prescripción.
o Elaboración de guías de práctica clínica/protocolos.
o Consultas de administración de medicamentos.
o Optimización de costes sanitarios.
o Farmacovigilancia
- Medición de todos los parámetros anteriores.
- Actuación en los puntos débiles hallados.
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores logísticos
o Elaborar un manual de procedimiento de manejo del SAD
o Nº de especialidades por debajo del stock mínimo/total especialidades.

Proyecto: 2016_1708 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

o Tiempo medio de preparación de los medicamentos a reponer.
o Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD.
o Porcentaje de descuadres de stock encontrados por el Servicio de Farmacia/total de dispensaciones realizadas
o Nº de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: <5% ç

- Indicadores farmacoeconómicos.
o Consumo de medicamentos con/sin SAD
o Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos · Indicadores de gestión clínica.
o Nº de especialidades prescritas/nº de especialidades retiradas
o Nº de medicamentos retirados de manera excepcional/nº de medicamentos totales.
o Nº de pacientes conciliados/nº de pacientes totales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Formación del grupo de trabajo (Dic-2016).
- Integración de PCH-Dominion (Dic- 2016-Enero-2017).
- Formación y resolución de los problemas de la integración Enero-Marzo 2017.
- Plan estratégico de dispensación de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Dic 2016- Marzo 2017:
o Revisar consumos de medicamentos de la Unidad.
o Seleccionar los medicamentos, definir máximos y mínimos.
o Planificar estructura del SAD. o Definir con la Unidad la ubicación.
o Gestionar el acceso a los usuarios.
o Definir procedimientos y protocolos para el manejo de SAD.
o Realizar reuniones periódicas de formación.
- Rediseño de circuitos de dispensación de medicación (Abril 2017) - Protocolización de distribución de tareas entre el personal de Enfermería de Urgencias y el personal del Servicio de Farmacia (Abril- Mayo 2017)
- Formación del personal de Enfermería de Urgencias (Mayo- 2017) - Formación del personal del Servicio de Farmacia (Mayo- 2017)
- Instalación del SAD (Junio 2017)
- Establecer un plan de mantenimiento y contingencia para garantizar el funcionamiento de los SAD (Julio-Septiembre 2017)
- Establecer indicadores de seguridad y económicos
- Iniciar el proyecto de conciliación de los pacientes que ingresan en el Servicio de Urgencias (Octubre 2017).
-Enero 2018: evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología que motiva la visita a urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MENENDEZ JANDULA BARBARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· IZQUIERDO GARCIA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SECORUN PACO CRISTINA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MEDINA GIMENO RUTH EMILIA. TEL. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Hematología es un Servicio transversal, en el que confluyen las peticiones de todos los centros sanitarios del Sector, tanto de A Primaria como especializada; esto hace necesario tener protocolizados y normalizados todos y cada uno de los procesos que se realizan en el Servicio de Hematología.

A lo anterior, se añade la complejidad técnica de todos los procesos del Servicio, no es tarea sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo, deberá implicar al mayor número de profesionales del servicio para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde y en cuanto tiempo se realizan todas las actividades y de que manera se puede añadir valor a como se hacen en la actualidad.

En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.
De esta forma se sentarán las bases para una posible certificación de calidad externa, tipo ISO 9001.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental es identificar y documentar los diferentes procedimientos operativos que se llevan a cabo en el Servicio de Transfusión de la Unidad de Hematología y Hemoterapia del Hospital San Jorge que permita normalizar y para asegurar la calidad de todos los procesos.

- Identificar todos los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo.
- Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes).
- Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
De manera funcional, no estructural, podemos identificar en el Servicio varias secciones:
- Oncohematologia
- Servicio de Transfusión
- Laboratorio de Hematología
- Hemostasia
- Eritropatología

Inicialmente se propone comenzar con la sección de Transfusión, la identificación y priorización de los procesos, se contará con la participación de los facultativos de Hematología, liderados por el Jefe del Servicio y coordinados por la coordinadora de calidad del Servicio y contará también con la participación activa de la Supervisora de enfermería, personal de enfermería y técnicos de laboratorio de la sección.

Para la priorización se elaborará una matriz objetiva que tenga en cuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del servicio, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales “clientes” del Servicio de Hematología, coste, posible resistencia en el desarrollo del proyecto, etc.

Una vez seleccionados los procesos prioritarios, desde el grupo de mejora de la calidad liderado por la coordinadora, se iniciará la documentación del mismo con los conocimientos científico/técnicos necesarios y su experiencia profesional. Esta documentación será revisada por el Jefe de Servicio y aprobados por la dirección asistencial correspondiente, tal y como recoge el Procedimiento de control de documentación del Sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADOR	Explicación indicador	Estándar
Identificación de procesos	Elaborar un listado de procesos que sirva de base para un posterior listado de	

Proyecto: 2016_1257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

documentación en vigor SI
Priorización de los procesos prioritarios para documentarlos Aplicar parrilla de priorización con criterios objetivos y elegir los más 1 proceso priorizado/sección
Documentación de procesos Sector Procesos documentados en formato estándarizado en la Unidad de calidad del >= 2

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Identificación de procesos: antes 30/05/2017
- Priorización de procesos: Junio 2017
- Documentación de dos o más procesos: Septiembre/Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.
Está prevista la modificación de miembros del Servicio de transfusión, el personal de enfermería será reemplazado por Técnicos de laboratorio lo cual supone importantes cambios en la sistemática del proceso transfusional.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1761 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO VILLANUA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SOLANS BLECUA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CEBOLLERO MATA MARISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DOLZ PEREZ MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALASTRUEY MATEO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A lo largo de 2017, y por necesidades del Servicio de Hematología, se plantea una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por Técnicos especialistas en laboratorio (TEL) cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y transcendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se plantean modificaciones procedimientos y diseñan nuevas estrategias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dotar de la capacidad necesaria e imprescindible al personal para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas.
Garantizar la seguridad de los procedimientos lo que repercutirá en mejora de la calidad de la atención al paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En total se programan un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.
Se iniciará con una sesión teórica (presentación en power point) para pasar a la práctica: diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos, sistema de seguridad transfusional, programa informático, técnicas de pruebas de incompatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.
Se entregará a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios documentos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la “Información Clave en Hemoterapia”, “ Actuación en transfusión desesperada”.
Por último, se les proporcionará un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria.
Paralelamente, se convocarán reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal.
Se diseñará, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones impartidas
% de participantes del total de TEL
% de participantes que cumplimentan la autoevaluación del total de participantes
Check list de comprobación pretransfusional SI /NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las actividades se llevarán a cabo a partir el 15 de marzo de 2017
Esta previsto que finalice todo el plan en la última semana de octubre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA GARCIA AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ONDIVIELA PEREZ JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ALINS RAMI IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· FERNANDEZ LOPEZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· CALLEN SALVATIERRA MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· CHAMORRO GANDUYO JUANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ESCARTIN LAPLANA ENMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras detectar el año pasado la necesidad de difundir las secuencias de actuación en las situaciones de riesgo vital y el entrenamiento en las mismas, se propone un plan para consolidar el entrenamiento en RCP como actividad formativa en el personal de la sexta planta del hospital San Jorge.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la rapidez del inicio de las maniobras de RCP y la monitorización del paciente en parada cardiaca.
Mejora del trabajo en equipo
Disminución de la incertidumbre ante estas situaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Test de valoración de conocimientos basicos en la secuencias de actuacion en Noviembre y en Junio
Sesion formativa. Entrega de material básico
Entrenamiento trimestral cronometrado
Encuesta de satisfaccion : estres ante la situacion, satisfación con trabajo en equipo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Asistencia a sesiones formativas
Tiempo desde alarma de parada hasta inicio de RCP (Junio menos Noviembre)
Tiempo hasta la monitorizacion (Junio menos Noviembre)
% de aciertos en el test de valoracion de conocimiento básicos RCP (Junio- Septiembre)
Puntuación de estrés ante situación: Junio- Septiembre
Satisfacción con el trabajo en equipo: Junio- Septiembre

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Test de valoración de conocimientos basicos en la secuencias de actuacion en Noviembre y en Junio
Sesion formativa. Entrega de material básico Diciembre
Entrenamiento trimestral cronometrado: Enero y Mayo
Encuesta de satisfaccion post entrenamiento : estres ante la situacion, satisfación con trabajo en equipo. Enero y Mayo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0693 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS LOPEZ CLAVER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EITO ARNAL ANTONIO JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· LABARTA MONZON JOSE LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LANDER AZCONA ARANTXA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ESCOS ORTA JESUS OSCAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MALLOR BONET TOMAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MARTINEZ GONZALEZ DANIEL. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LAIRLA OLIVAN MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Problema u oportunidad de mejora seleccionada.
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN: En Cuidados Intensivos, las peticiones y extracciones de analíticas así como pruebas de imagen suponen una parte muy importante del trabajo diario del personal sanitario de la U.C.I.Se ha demostrado en múltiples estudios la ineficacia, por aumento de costes y efectos secundarios, de la realización rutinaria de radiografías y análisis sanguíneos. En muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias conlleva aumento del coste sanitario, estudios ineficaces y requerimientos adicionales de otras técnicas (pruebas de imágenes, ampliación de estudios de coagulación, etc.).En una revisión sistemática de los estudios preoperatorios, hubo alteraciones en los test de coagulación entre un 4,8 -15,6% del total; pero sólo conllevó un cambio en la actitud terapeútica en el 0’8% de los pacientes, lo que confirma el elevado número de peticiones innecesarias que se solicitan de forma rutinaria.Múltiples estudios han demostrado que las extracciones sanguíneas innecesarias en pacientes de UCI producen anemización iatrogénica, lo que conlleva a un aumento de los costes y de las transfusiones sanguíneas realizadas (riesgo de transmisión de infecciones, TRALI, reacciones transfusionales, etc).Por lo tanto, con la bibliografía existente y de acuerdo con las Guías de las Sociedades Científicas, consideramos que podríamos disminuir el número de peticiones innecesarias en los test de coagulación rutinarios si se aplica un protocolo de solicitud de test coagulación en aquellos pacientes con antecedentes de sangrado o factores de riesgo para desarrollar una coagulopatía aguda.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos sin alterar los resultados clínicos esperados, incluyendo los episodios de sangrado, necesidades de transfusión y mortalidad global
2.- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado con reducción de los gastos al disminuir el nº de peticiones y racionalización de los recursos sanitarios.
3.- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados disminuyendo la carga de trabajo del personal sanitario y los costes asicomo los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas y la anemización iatrogénica en U.C.I

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Método:·
Los pacientes ingresados en UCI serán evaluados mediante anamnesis, exploración física y realización de pruebas complementarias, entre las que se incluyen las pruebas de coagulación.· Para la reducción del nº de solicitudes de controles de coagulación ineficaces solicitadas de forma rutinaria, se instaurará un protocolo en el que se definen los pacientes con riesgo de presentar alteraciones de la coagulación.
Actividades a Realizar:· Se realizará una Sesión Clínica al personal médico de la U.C.I. dónde se informará de la puesta en marcha de este proyecto.· Se informará a los médicos de las situaciones clínicas en las que es necesario realizar un control de coagulación (según las Guias de The American Collage of Emergency Physicians)
:- Pacientes con sangrado activo-
Pacientes con cuadro de shock séptico activo-
Signos clínicos de sangrado o coagulopatía activa (hematomas cutáneos, etc).
Historia previa de sangrados espontáneos o excesivos
Uso actual de anticoagulantes
Sospecha o confirmación de CID (coagulopatía intravascular diseminada)
Evidencia de enfermedad hepática (por historia o examen clínico)
Historia de malnutrición o malabsorción en grado severo- Enfermedades hematológicas.
Necesidad de realizar procesos invasivos (cirugía urgente o procedimientos que requieren anticoagulación: ej. Hemodiafiltración continua)
Imposibilidad de realizar anamnesis del paciente para valorar riesgo de coagulopatía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para evaluar la efectividad de la medida a ejecutar se compararán dos grupos:
uno tras aplicar el método restrictivo (grupo protocolo recogido durante el año 2016) y otro grupo de control del año 2015
.Se compararán en cada grupo:
- datos demográficos y epidemiológicos

Proyecto: 2016_0693 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

- nº de solicitudes sanguíneas
- nº de episodio de sangrados
- requerimiento de medicación procoagulante
- requerimiento de transfusiones sanguíneas
- necesidad de cambio terapéutico y

mortalidad global.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

· En el primer mes del año, se informará a los facultativos sobre el protocolo a seguir y se presentará la hoja de recogida de datos.· Se implantará el protocolo el 1 de Febrero de 2016 al 31 de Diciembre de 2016.· Se recogerán los datos de los pacientes en la hoja de datos.· Durante el periodo de estudio, los componentes del Equipo de Mejora se reunirán en 3 ocasiones para valorar el seguimiento de la implantación, de las incidencias y resultados preliminares, lo que transcribirán mediante Acta de Reunión.· Finalmente al terminar el periodo de estudio se analizarán los datos obtenidos y se reflejarán en la Memoria del Servicio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRITICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO)

2. RESPONSABLE ..... ARANTXA LANDER AZCONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILAGRO BEAMONTE ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LABARTA MONZON JOSE LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· NAVARRO LIESA ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· GARCES FERRANDO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· SANZ CARDIEL ALICIA. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MARTINEZ GONZALEZ DANIEL. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:
La aparición de resistencias a los antibióticos es una gran amenaza para la salud pública en todo el mundo que incrementa los costes de la atención sanitaria, la tasa de fracaso de tratamiento y la mortalidad. Los pacientes ingresados en UCI tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser infectados o colonizados por gérmenes multirresistentes.En España, mediante el registro ENVIN-HELICS se conoce la evolución de sus tasas, la etiología de las mismas y la sensibilidad de los microorganismos patógenos más frecuentes. La aparición de una bacteria multirresistente (BMR) condiciona el pronóstico del paciente crítico e incrementa el consumo de recursos.El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado “RESISTENCIA ZERO” (Prevención de la Emergencia de BMR en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Elaborar un paquete de recomendaciones en pacientes ingresados en servicios o unidades de pacientes críticos con el objetivo de disminuir la selección y/o diseminacion de bacterias multirresistentes en la UCI
2.- Reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica uno o más BMR (bacterias multirresistentes) de origen nosocomial intra-UCI
3.- Describir el mapa de BMR en nuestra unidades de pacientes críticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto.Para impulsar la implementación del proyecto a nivel autonómico se formó un grupo de coordinación acordando las siguientes propuestas:
-Se vigilarán todos los pacientes ingresados en UCI exceptuando en nuestro caso los enfermos coronarios (con menor riesgo de infección/colonización por BMR), salvo que dichos enfermos tengan factores de riesgo.
-Muestras a estudiar: frotis nasal, faríngeo y rectal en cada paciente mediante un kit que incluye tres hisopos y un medio de transporte de Cary-Blair.
- Bacterias Multirresistentes a estudiar: S. aureus meticilin resistente (SARM), enterobacterias resistentes a cefalosporinas de 3º y 4º generación: productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y cefamicinasas plasmídicas (pAmpC) y adicionalmente estudiar la colonización por enterobacterias resistentes a carbapenems por producción de carbapenemasas solo en aquellos pacientes que ingresen en UCI procedentes de centros sanitarios de otros países o comunidades autónomas en los que se aísla con frecuencia enterobacterias productoras de carbapenemasas
-Medios de cultivo: se propone la siembra de las muestras recogidas de los pacientes incluidos en la vigilancia en medios cromogénicos que son selectivos y diferenciales y además más baratos y asequibles que los métodos moleculares (PCR) permitiendo ofrecer resultados preliminares altamente fiables en 24 horas y definitivos en 48 horas, lo que limita el tiempo de aislamiento en pacientes no colonizadosLa previsión de coste por paciente es de 3.02 euros que se incrementa en 2,75 euros en pacientes con riesgo de portar enterobacterias resistentes a carbapenems

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cumplimentacion de la lista de verificación (check list) para detectar pacientes con riesgo elevado de ser portadores de BMR
- Control de uso e indicaciones de antibioterapia asi como resistencias
- Uso y complimiento de las diferentes precauciones :estandar y por mecanismos de transmisión (medidas de aislamiento)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el año 2016 se va a continuar con el proyecto (iniciado en marzo de 2015 y continuando su participación

Proyecto: 2016_1087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO)

el el proyecto ENVIN -UCI) para seguir teniendo un mapa microbiológico y la política antimicrobiana de la Unidad y valorar el cumplimiento de las mejoras de aislamiento y se ha iniciado la elaboración de un protocolo de limpieza de nuestro material y aparataje que se continuará evaluando.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRITICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· CALVO BEGUERIA EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que en España tiene una prevalencia de un 2,3%. Extrapolados los datos a la población del Sector Huesca, se estima una prevalencia de 2400 pacientes. La psoriasis presenta múltiples manifestaciones clínicas, tanto de la piel y las articulaciones como sistémicas, por lo que su atención requiere un abordaje integral. Los pacientes con psoriasis con mucha frecuencia asocian factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipemia. Además el riesgo de padecer síndrome metabólico y cardiopatía isquémica parece estar relacionado con la severidad de la psoriasis y con un debut más temprano de la enfermedad.
La psoriasis tiene además un importante impacto psicológico y social, asociándose con una elevada prevalencia de depresión y ansiedad (28-67% y 45% respectivamente). La afectación que produce en el bienestar físico y psíquico conlleva un deterioro de la calidad de vida y altas tasas de incumplimiento terapéutico (40%).
Un tratamiento efectivo de la psoriasis debe abarcar no solo el bienestar físico, sino también el psicológico y social. Por ello el manejo del paciente psoriásico ha de ser multidisciplinario, lo que implica la identificación y tratamiento de los problemas psicológicos, adicciones, enfermedades metabólicas, cardiovasculares y articulares asociadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar que abarque todo el espectro de afectación de esta enfermedad: afectación cutánea, articular, sistémica, factores psicosociales. El trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde una consulta específica diseñada específicamente para el tratamiento y seguimiento a largo plazo del paciente psoriásico, puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes.
El objetivo principal de este proyecto es: instaurar una consulta específica de pacientes con psoriasis y factores de riesgo cardiovascular, atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna, para mejorar su abordaje integral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se valorarán pacientes diagnosticados de psoriasis que presenten FRCV derivados desde las consultas de Dermatología, Reumatología y Medicina Interna. Los criterios de selección serán:
• Edad mayor de 18 años.
• Firmar consentimiento informado.
• Tener dos o más FRCV
En la primera visita, se recogerán los siguientes datos:
- Cuestionario de conocimientos del paciente acerca de la psoriasis.
- Cuestionario sobre calidad de vida DLQI y PSOlife.
- Se rellenará la ficha inicial de paciente psoriásico, incluyendo: datos de filiación, nivel de estudios, situación laboral, smartphone con conexión a Internet.
- Se realizará la historia clínica completa, incluyendo: características de su psoriasis, antecedentes familiares, personales (FRCV, enfermedades cardiovasculares, de la piel, inflamatorias, reumatológicas, infecciosas, ansiedad y depresión, entre otras). Tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos.
- Exploración física completa, incluyendo grado y forma de afectación de la psoriasis, afectación articular, peso, talla, IMC, PA, fototipo, perímetro abdominal.
- Exploraciones complementarias, si precisasen y analítica (glucosa, HbA1C, perfil lipídico, úrico, albuminuria, filtrado glomerular, calcio, vitamina D, PTH, VSG, PCR)
- Se realizará cálculo del RCV mediante SCORE
- Se administrará al paciente una Hoja de Información que explique la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.

Además se llevarán a cabo las medidas de intervención oportunas (tratamientos, dieta, medidas higiénico dietéticas). Posteriormente se llevará a cabo el seguimiento de los pacientes, con similares cuestionarios y exploraciones, así como las intervenciones pertinentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna.
2. Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses.
3. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico y de estilo de vida) durante este

Proyecto: 2016_0292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

seguimiento.
4. Cálculo mediante SCORE del riesgo cardiovascular.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará en el mes de septiembre de 2016, con una consulta mensual de pacientes con psoriasis y riesgo vascular (ver criterios de inclusión). Se realizarán revisiones de los mismos a los 3, 6, 9 y 12 meses, en función de las necesidades del paciente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0411 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES

2. RESPONSABLE ..... TERESA OMISTE SANVICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· JIMENO GRIÑO CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· CARMONA ESCRIBANO VALLE. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· LAHOZ LASALA CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· CALVO BEGUERIA EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· GARCIA MAGALLON BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El amplio uso de los corticoides ha hecho que la osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC) sea la principal causa de osteoporosis asociada a fármacos; por lo que constituye, un problema sanitario de gran magnitud. Los corticoides son una medicación de uso frecuente tanto en Atención primaria como durante la hospitalización; sin embargo, menos del 7 al 14% de los enfermos, según las series publicadas, reciben algún tipo de tratamiento para evitar la pérdida de masa ósea. Es fundamental el reconocimiento de este problema y la actuación precoz debido a las consecuencias deletéreas de los glucocorticoides sobre el hueso.
La prevención de la osteoporosis inducida por glucocorticoides resulta coste-efectiva especialmente porque el tratamiento puede limitarse al período de exposición a los corticoides, cuando el riesgo de fractura es mayor y la fractura puede suceder muy pronto.
El objetivo es elaborar un documento basado en la evidencia para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en adultos, evitando a largo plazo la principal complicación: las fracturas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión de la literatura y elaboración del protocolo. Nos basaremos fundamentalmente en la última guía de la SEIOMM (Sociedad Española de Investigación ósea y metabolismo mineral) y Clinician´s Guide to prevention and treatment of Osteoporosis entre otras actualizaciones relacionadas con el tema.
-Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas entre los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides : Medicina Interna, Reumatología, Neurología, Neumología y Oftalmología, Dermatología y Medicina de familia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de protocolo escrito y resumen de bolsillo para difusión entre los diferentes especialistas implicados.
- Recogida de datos para comprobar su cumplimiento mediante revisión de documentación clínica e historia clínica electrónica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2016 elaboración del protocolo
Febrero 2016 difusión del mismo mediante sesiones clínicas
Junio 2016 recogida de datos para comprobar su cumplimiento

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA AUXILIADORA MARTINEZ PANZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MADROÑERO VUELTA ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· NAVARRO PEREZ CLARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· VIÑUALES PALOMAR CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados “a pie de cama” en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
• Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
• Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.
Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES CATALAN YOLANDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· CALDERON MEZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· TORRES SOPENA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Algunos pacientes atendidos en el hospital son especialmente vulnerables a ser colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes (GMR). La resistencia antibiótica es un factor que repercute en la evolución del paciente y en el consumo de recursos dentro de las unidades planteando actualmente un problema de Salud Pública por la morbilidad y mortalidad que ocasionan pero también por el coste económico y social que suponen.
En la aparición y difusión de resistencia a antibióticos confluyen dos factores fundamentales: las medidas de control de colonización/infección y la presión selectiva de los antimicrobianos.
Para poder limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados, es fundamental identificar precozmente a los pacientes colonizados y/o infectados por GMR que ingresan en nuestro hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como objetivos nos planteamos:
1.- Crear un entorno seguro para todos los pacientes.
2.- Evitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar una base de datos con todas las personas a los que se les ha aislado un GMR en alguno de los cultivos obtenidos en el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca.
- Obtener un registro diario de todos los pacientes que han sido hospitalizados en el hospital.
- Revisar diariamente si alguno de los pacientes que ha ingresado en el hospital tiene algún cultivo positivo a algún GMR y precisa precauciones de contacto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ Nº de pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR
- Media de días que un paciente esta ingresado sin precauciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- SEPTIEMBRE:
o Solicitar la base de datos de GMR al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y formular junto a ellos estrategias para poder incluir en la base de datos los cultivos positivos a GMR que van obteniendo en su trabajo diario.
o Obtener información sobre la forma de cómo conseguir un listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital el día anterior.
o Forma de tener acceso diario a ese listado.
- OCTUBRE: Puesta en marcha del proyecto de mejora
- MARZO: Análisis de los resultados y evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
Pretendemos que se instauren lo antes posible, las precauciones necesarias para limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0072 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS

2. RESPONSABLE ..... ANA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORRES SOPENA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MAIRAL CLAVER PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BELLIDO RUIZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MATINELO BENITO LOURDES. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· NIETO CHUPS VIRGINIA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEREZ SANCHEZ DIEGO. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o trasporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal trasportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0743 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAIRAL CLAVER PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SECORUN PACO CRISTINA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GONZALEZ RIOS ISABEL. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MALO PINTADO SUSANA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LUIS GRACIA ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIO SIN MARIA DE LA O. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los equipos que integran el L. de Microbiología exigen una inversión considerable y muchas veces tienen altos costes de mantenimiento correctivo. Por lo tanto, es importante contar con un programa de mantenimiento preventivo, adecuadamente planificado y gestionado, que garantice el correcto funcionamiento. Un programa de este tipo prolonga la vida útil de los equipos y minimiza los costes relacionados con su utilización. Es a su vez, requisito de la NORMA UNE EN ISO 15189 en la que el L. de Microbiología del Hospital General San Jorge de Huesca está acreditado.
Una estrategia de mantenimiento preventivo incluye procedimientos tanto de inspección de funcionamiento como de limpieza de los diferentes elementos/componentes del equipo. Las inspecciones de seguridad, en ocasiones, deben realizarse por personal externo al L. de Microbiología como Electromedicina (calibración de pipetas, datalogger, sondas…), y el Laboratorio debe guardar registro de dichas actividades. Las inspecciones de funcionamiento aseguran que el equipo funcione correctamente y el mantenimiento preventivo, propiamente dicho, que es llevado a cabo por los miembros del L. de Microbiología y se realiza con el fin de prolongar la vida útil de los equipos y reducir la frecuencia de desperfectos.
Además, el adecuado estado de conservación de los mismos, garantiza la seguridad y prevención de contaminaciones, tanto para el personal, como en el caso de las cabinas de flujo laminar, que previenen la contaminación del personal que manipula las muestras de riesgo Biológico de nivel 2 como Mycobacterium tuberculosis, Virus de la Gripe, etc. Como en el caso de las estufas para incubación de medios de cultivo, en los que la contaminación por hongos filamentosos puede originar graves problemas de contaminación entre muestras con las consiguientes dificultades diagnósticas
Un programa eficaz de mantenimiento preventivo exige planificación, gestión y ejecución adecuadas. La ejecución apropiada del programa es esencial para garantizar el funcionamiento óptimo de los equipos. Para cumplir dichos requerimientos se propone realizar una guía en la que se recojan los mantenimientos de los equipos y que incorpore los procedimientos necesarios a realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo.
El programa informático del L. de Microbiología SIGLO permite configurar la planificación y registro de dicho mantenimiento, para ello es necesario la codificación de los equipos, e introducción en el programa tanto del equipo como el tipo de mantenimiento, la frecuencia y el personal encargado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sistematizar y mejorar los mantenimientos de los equipos gracias al programa informático SIGLO, en el que se puede programar un sistema de registro (cumplimiento de la trazabilidad) y de alarmas (cumplimiento de la planificación) que facilitan la dinámica del trabajo del Laboratorio, ayudando a mantener los equipos en las mejores condiciones posibles y garantizando, también, que se cumplan los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad NORMA UNE EN ISO 15189

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La responsable de Calidad del Laboratorio junto con el personal que se requiera, realiza, actualiza y difunde la guía de uso del módulo Mantenimientos del sistema SIGLO en Sesión de Servicio
Se realizará un Taller en el que se explique de forma práctica los mantenimientos necesarios. Este taller será dirigido por los miembros del personal que realiza de forma habitual el mantenimiento
El resto del personal realiza los mantenimientos y los registra en el Sistema informático SIGLO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Elaboración de la Guía
Indicador 2: Codificación e Introducción de los equipos y sus mantenimientos al sistema informático del L. de Microbiología
Indicador 3: Realización de Sesión de Servicio y Taller sobre mantenimientos preventivos para los equipos que sean necesarios
Indicador 4: Evaluación trimestral de realización >90% de los mantenimientos realizados en los equipos
Indicador 5: Ausencia de desviaciones en relación a mantenimientos preventivos de equipos tanto en auditoria externa como interna

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año. Las fechas serán aproximadas

Proyecto: 2016_0743 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Inicio: octubre 2016 final diciembre 2016: Elaboración de guía de mantenimiento preventivo de equipos. Codificación de equipos e Introducción de códigos y mantenimientos en Sistema Informático del Laboratorio
Enero 2016: Difusión y Formación a los profesionales de Microbiología en sesión del Servicio y Taller en los equipos que sea necesario
Desde Enero: Registro durante el año de todos los mantenimientos preventivos realizados en el L. de Microbiología

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diagnóstico de enfermedades infecciosas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1718 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... LUIS TORRES SOPENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· LABARTA MONON LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· EL DUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA
· ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.
- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.
Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador
- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.
Formación, se prevén acciones:
- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA
- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de

Proyecto: 2016_1718 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia
- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_0765 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... INES BEIRED VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FELEZ JUSTES ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· VIRTO RUIZ RAFAEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· LORGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· UTRILLA PEREZ MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· MONTUENGA GRACIA JUDITH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· TENA RAMOS GLORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incidencia y prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica que precisa de tratamiento renal sustitutivo (TRS) está aumentando cada año. De estos pacientes en TRS más del 40% están en hemodiálisis y menos del 10% en diálisis peritoneal (resto de pacientes son trasplantados renales). Actualmente, en casi todas las unidades de hemodiálisis de España existe una gran prevalencia de catéteres permanentes tunelizados (CPT) como acceso vascular definitivo.
El objetivo de los CPT es proporcionar un flujo sanguíneo adecuado para una diálisis eficaz. Tanto su colocación como su monitorización, atendiendo a las complicaciones que puedan surgir como las infecciones y la disfunción del catéter, son responsabilidad del personal sanitario de la unidad de hemodiálisis, por lo que es imprescindible la elaboración de protocolos para detectarlas, prevenirlas y tratarlas.
Es de gran importancia hacer hincapié en el control de los orificios de salida de los CPT y del túnel subcutáneo, puesto que son la puerta de entrada de las infecciones, y una infección de dichos orificios o del túnel es la causa más frecuente de sepsis de origen en el catéter, causa de disfunción del CPT por desplazamiento de éste y pérdida del acceso vascular.
Actualmente, en España no existen protocolos ni criterios estandarizados para la valoración de los orificios de salida de los CPT y cada hospital elabora los suyos propios, lo que contrasta con el manejo de la diálisis peritoneal donde sí existen desde 1996. (Criterios de Twardowski).
Por todo ello, el Servicio de Nefrología considera imprescindible la elaboración de un protocolo para el cuidado de los orificios de salida de manera similar a lo que se hace en diálisis peritoneal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Protocolizar y estandarizar la valoración, prevención y tratamiento de los orificios de salida de los CPT de hemodiálisis. Disminuir el número de infecciones de los CPT en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de los CPT.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En una primera fase, elaboración de un protocolo en el que se establecerán:
1) los criterios de los distintos grados del estado (aspecto) de los orificios
2) la frecuencia en su graduación y 3) el manejo y tratamiento de los orificios según el grado.
En una segunda fase, se instruirá al personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis mediante la elaboración de un póster con los criterios y el manejo establecidos con apoyo visual (fotografías de los distintos grados de orificios), para unificar visualmente los criterios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de oportunidades en las que se ha aplicado el protocolo, (número de oportunidades en las que se debe aplicar el protocolo respecto al número de veces en las que se ha aplicado), mediante un registro. Porcentaje de infecciones relacionadas con el CPT respecto al número de pacientes portadores de catéter. Porcentaje de CPT retirados por infección del mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo e instrucción: noviembre de 2016.
Recogida de datos: diciembre de 2016- mayo de 2017.
Evaluación de los datos: junio de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis que porten un CPT.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0765 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT REDOL LABARTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANAGUSTIN PERIE CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA
· LAVILLA ABRIL SHEILA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA
· GALLEGO DOMEC MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA
· OTAL ORDAS LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA
· RUIZ OLLES ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA
· MERIDA CEBOLLERO JUAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA
· RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La utilidad del proyecto viene dada por la información recogida por el personal de Enfermeria del Servicio de Neonatos, sobre la necesidad que tienen los padres que acaban de tener un hijo, de recibir toda la información relativa a los cuidados del recién nacido y conocer todas las actuaciones que se llevan a cabo con su hijo en los primeros días de vida en el hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
*Unificar la información que reciben los padres.
*Informar de las actuaciones que se llevarán a cabo con su hijo mientras permanezcan en el hospital.
*Fomentar la participación de los padres en el cuidado del recién nacido.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de dos trípticos con la información más completa posible sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Que el 100% de los padres de un recién nacido en este Hospital reciba el tríptico informativo.
* Elaboración de una encuesta de satisfacción cuando llevemos un año desde la puesta en marcha del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde la aceptación de este proyecto y sin fecha prevista de finalización si el proyecto cumple nuestras espectativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC).

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BRIZ MUÑOZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· GARCIA SAEZ SANDRA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· AGIRRE GONZALEZ AMAIA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· BORDERIAS CLAU LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· GARRAPIZ LOPEZ JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· CASTILLON FONTOVA ANTONIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ARIZON MENDOZA LOURDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La espirometría es la prueba clave para el diagnóstico de la EPOC y se deben realizar mas exploraciones para mejorar el infradiagnóstico de la EPOC.
En la actualidad la mayoría de las sociedades científicas nacionales e internacionales recomiendan clasificar la gravedad de la EPOC con índices multidimensionales. Un aspecto importante en el manejo del paciente con EPOC son las comorbilidades que lleva asociadas esta enfermedad y que influyen en el tratamiento y en el pronóstico de la misma.
Recalcar, pues, que el manejo diagnóstico del paciente con EPOC es más complejo que hace unos años.
El tratamiento de la EPOC consiste fundamentalmente en la prescripción de broncodilatadores por vía inhalada. En los últimos años se han comercializado nuevos fármacos y sistemas de inhalación, lo que ha complicado el tratamiento de esta enfermedad.
Dado el elevado infradiagnóstico y la complejidad del manejo da la EPOC consideramos un factor clave la colaboración entre Atención Primaria y Neumología de nuestro Sector, que nos permita realizar un diagnóstico y tratamiento correcto del paciente con EPOC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detección precoz de la EPOC.
- Aumentar el número de pacientes con una clasificación de la gravedad según índices multidimensionales.
- Incrementar el número de pacientes que tienen una determinación de alfa 1 antitripsina.
- Aumentar la sensibilización sobre la importancia de las comorbilidades y exacerbaciones.
- Mejorar la técnica inhalatoria.
- Aumentar el número de pacientes vacunados frente al neumococo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará el proyecto de mejora entre la Atención Especializada de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge y el Centro de Salud Pirineos de Huesca, con pacientes pertenecientes a dicho Centro.

a) En pacientes sin diagnóstico previo de EPOC:

- Realización de espirometrías y test broncodilatador a los pacientes de 40 años o mayores con tabaquismo y síntomas respiratorios.

b) En Pacientes diagnosticados con anterioridad de EPOC:

- Clasificar la gravedad de los pacientes en función de índices multidimensionales.
- Valoración del CAT.
- Valoración de la comorbilidad mediante el Índice de Charlson.
- Escala HAD-Hospital,Ansiedad y Depresión.
- Determinación de los niveles de alfa 1 antitripsina.
- Prescripción de la vacuna anitineumocócica.
- Realización del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración antes y después de la puesta en marcha del proyecto de mejora de calidad.

- Número de espirometrías realizadas en los pacientes con factores de riesgo.
- Número de pacientes clasificados con índices multidimensionales.
- Evaluar la comorbilidad.
- Evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión.
- Número de determinaciones de la alfa 1 antitripsina.
- Número de profilaxis antineumocócica.
- Puntuación en el TAI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril-Mayo 2017: Redacción del programa de colaboración.

Proyecto: 2016_1253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC).

- Mayo-diciembre 2017: Comenzar a realizar espirometrías a la población con factores de riesgo. Ir revisando los pacientes ya diagnosticados de EPOC.
- Enero-febrero 2018: Análisis de los resultados y evaluación del programa.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... MARIA SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GARCIA RUBIO SEBASTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· RUIZ PALOMINO PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· BESTUE CARDIEL MARIA. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. ATENCION ESPECIALIZADA
· ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. ATENCION ESPECIALIZADA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad cerebrovascular supone aproximadamente un 50-60% de la patología hospitalaria atendida en Unidades de Neurología, por lo que las acciones sobre la misma tiene un elevado impacto en la asistencia.
En 2009 se pone en marcha en nuestra comunidad un grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón. Desde entonces la atención a esta patología ha experimentado un mejora continua tanto en morbimortalidad como en homogeneización de la asistencia entre los diferentes sectores.
La reciente implantación de la Historia Clínica Electrónica en nuestra comunidad ha supuesto y supone una importante oportunidad de mejora en estos aspectos al facilitar la información entre los distintos niveles asistenciales así como entre los diferentes sectores.
Durante el año 2015 el equipo informático del salud responsable de la implantación de la historia clínica (CGIPC) junto con el grupo de trabajo del Ictus han realizado plantillas específicas de los tres principales procesos de hospitalización de la patología cerebrovascular: Ictus isquémico, Ictus hemorrágico y Accidente isquémico Transitorio. Esto supone un importante avance al facilitar la asistencia a través de la normalización de procesos y usos de escalas con repercusión en práctica clínica, disminuir la variabilidad y mejorar la seguridad clínica. Además permite a través de su codificación la extracción de información relevante para su posterior evaluación con el fin de detectar problemas y oportunidades de mejora.
Desde la sección de Neurología del Hospital San Jorge vamos a llevar a cabo el pilotaje de estas plantillas con la finalidad de evaluar su aplicación en la práctica clínica y en el trabajo diario asistencial por parte de los facultativos, los beneficios en la homogeneización de la asistencia y la detección de posibles errores o información relevante no incluída, para su posterior ampliación al resto de Unidades de Neurología de nuestra comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la asistencia ? Facilitar el trabajo diario de los facultativos (tras el proceso de entrenamiento) a través de herramientas incluidas en las plantillas. Incrementar la calidad de los informes de alta que repercutirá en la mejora entre la continuidad asistencial y entre sectores
2. Incrementar la seguridad ? Disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia
3. Permitir evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Incorporación progresiva de la utilización en la práctica clínica habitual de las diferentes plantillas disponibles: Informes de ingreso e Informes de alta de Ictus Isquémico, Ictus Hemorrágico y Accidente Isquémico Transitorio.
2. Detección y registro de posibles errores, información relevante no disponible o cambios en la plantilla que dificulten su utilización diaria.
3. Informar periodicamente de los problemas detectados a los responsables (Equipo informático y grupo de Ictus) para su evaluación y modificación según proceda

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Pilotaje realizado de las diferentes plantillas Si/No
- Comunicación de problemas detectados y notificados (Si/No)
- Subsanación de problemas detectados (Si/No)
- Tasa de pacientes con Informe de alta específico de enfermedad cerebrovascular (objetivo > 75%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016: Conocimiento/Entrenamiento por parte de los facultativos de la sección de las diferentes plantillas y sus utilidades
Diciembre 2016-Mayo 2017: Pilotaje de las diferentes plantillas y comunicación continua de los problemas/posibilidades de mejora detectados para su subsanación
Junio 2017: Consolidación del uso de plantillas entre los facultativos de nuestro hospital en práctica clínica diaria

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

Proyecto: 2016_1007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_1009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

2. RESPONSABLE ..... OLALLA ALBERTI GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SERAL MORAL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GARCIA RUBIO SEBASTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· RUIZ PALOMINO PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· BLESA CLAVERO ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Ictus en nuestro medio es la principal causa de discapacidad en el adulto, así como la principal causa de mortalidad en la mujer y la segunda en el hombre. En Aragón se cae en 2009 un grupo de trabajo para la mejora a la atención del Ictus multicéntrico que ha puesto en marcha la atención en fase aguda al Ictus de forma homogénea con aplicación de cuidados específicos que han demostrado disminuir la mortalidad y secuelas del mismo. Nuestro hospital participó de manera muy activa y en colaboración con los servicios de urgencias, radiología, nutrición y rehabilitación en la realización de protocolos de diagnostico precoz de complicaciones y de cuidados en fase aguda que lograron disminuir la mortalidad desde el primer año de su instauración. En un segundo tiempo se puso en marcha en nuestro centro en 2011 el tratamiento fibrinolítivo IV para aquellos pacientes candidatos (entorno a un 10%) que permite pisar de forma total o parcial en algunos casos el trombo causante del Ictus, obteniendo un tamaño lesionan cerebral menor y por tanto mejor capacidad funcional final del paciente con un grado menor de dependencia. En este tiempo se han ido ampliando la ventana horaria y ajustando los criterios de inclusión, permitiendo acceder al tratamiento fibrinolítico IV a un mayor numero de pacientes. A pesar de todo en muchos casos el fibrinolítico iv no es capaz de lisar el trombo por lo que en estos últimos años se han desarrollado distintas técnicas para tratar de mejorar la recanalización precoz de la arteria. Entre ellas la trombectomía mecánica ha demostrado su eficacia y seguridad en la extracción mecánica del trombo y recanalización arterial, consiguiendo una grado significativamente menor de dependencia de los pacientes a los 3 y 6 meses. En 2016 se aprueba en cartera de servicios la trombectomía mecánica en aragón centralizada en el Hospital Miguel Servet con la próxima puesta en marcha a lo largo de 2017.

Es por tanto preciso reorganizar la atención al Ictus en fase aguda en nuestro hospital para poder ofrecer este tratamiento en las mejores condiciones de efectividad y seguridad a nuestra población. Para ello se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización de protocolos de actuación en urgencias y criterios de derivación de pacientes candidatos a trombectomía desde nuestro hospital al centro de referencia, así como protocolos y guía de actuación de acogida de los pacientes en nuestra area de ictus tras el procedimiento, para asegurar un adecuado circuito de vuelta que permita asegurar los cuidados médicos y de enfermería que estos pacientes precisarán, evitando la sobresaturación del centro de referencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La realización de estos protocolos de actuación tiene como finalidad asegurar la excelencia en el tratamiento en fase aguda al Ictus al permitir a nuestra población acceder de forma homogénea y segura a dicho tratamiento.

Asegurar el uso racional de recursos sanitarios al facilitar el traslado precoz de los pacientes desde el centro de referencia a nuestro hospital, evitando así el "colapso" asistencial en el hospital de referencia, permitiendo una actuación ágil y organizada entre sectores sanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se creará un grupo de trabajo multidisciplinar con el personal implicado en el proceso formado por facultativos de urgencias, radiología y neurología para desarrollar los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía en la atención en fase aguda del ictus en nuestro hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Creación del grupo multidisciplinar de trabajo formado por facultativos especialistas en Urgencias, Radiología y Neurología. (S/N)
-Redacción de los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía desde nuestro Hospital al centro de referencia. (S/N)
-Presentación de dichos protocolos al Grupo de atención integral del Ictus de Aragón, detección de problemas y corrección de los mismos. (S/N)
-Puesta en marcha de los protocolos. (S/N)
-% de adecuación en la aplicación de los protocolos, una vez puesto en marcha a nivel de Aragón la trombectomía. Objetivo >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Noviembre 2016 creación del grupo multidisciplinar
-Noviembre-Enero 2017: desarrollo y corrección de los protocolos
-Febrero 2017: presentación de lo protocolos al grupo de atención al Ictus integral de Aragón y modificación si

Proyecto: 2016_1009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

es preciso de los mismos.
-Feb-Diciembre 2017: aplicación de los protocolos y normalización de su uso en al actuación al Ictus en fase aguda en nuestro hospital.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

2. RESPONSABLE ..... LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFALLA BERNAD OLIVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FONCILLAS SANZ BEATRIZ. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALVES BLANCO PAULA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BARRIO ALLER JOSE MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VELA LETE ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Consulta de Reproducción en la Sanidad Pública se encarga de realizar el estudio completo de la pareja con deseo genésico y de algunas técnicas de reproducción asistida en función del tipo de Hospital y su cartera de servicios. El contenido de esta consulta es muy amplio y se ha detectado una carencia en la dedicación que se puede ofrecer a los pacientes desde la actividad programada diaria. En la Consulta de Esterilidad se realizan múltiples tareas, tales como explicar fundamentos básicos de la reproducción, dar consejo preconceptivo, asesorar sobre hábitos de vida, desarrollar técnicas de reproducción asistida, instruir en la autoadministración por parte del paciente de distintos fármacos y además, y de forma fundamental, aportar apoyo emocional.

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Jorge de Huesca se realiza el estudio completo de la pareja con deseo genésico y diversas técnicas de reproducción: estímulos de la ovulación, coitos dirigidos e inseminaciones artificiales con semen conyugal (IAC). Cada ciclo de tratamiento depende de la menstruación de la mujer, requiere varios controles ecográficos y además, en el caso de las IAC, se citan otro día para la inseminación. Es aquí donde surge un problema organizativo, ya que no se disponen tantos días de consulta médica como sería necesario, por lo que se necesita otra estructura de apoyo para llevar a cabo toda la labor propia de esta Consulta.

La propuesta de creación de una consulta presencial y electrónica de enfermería para la atención especializada en reproducción podría cubrir parte de estas deficiencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El resultado principal que esperamos conseguir es que los pacientes de la Consulta de Reproducción tengan la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, completa, interactiva y cercana sobre su patología, sobre los tratamientos y otras dudas que puedan surgirles.

Otro de los objetivos a lograr mediante el apoyo de una enfermera especializada es instruir a los pacientes en el uso de fármacos indicados para las técnicas de reproducción asistida, para que se sientan seguros utilizándolos y puedan hacerlo en su domicilio de forma autónoma.

Además puede servir como otro punto de apoyo emocional y asesoramientos a las parejas.

Finalmente también tendrá una vertiente administrativa, ya que se dispondrá de una consulta electrónica que se atenderá todos los días y, además de resolver dudas sobre los temas anteriormente expuestos, se citará a las pacientes en función de su regla o si precisan ser visitadas por otro motivo en la Consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear y desarrollar una consulta de enfermería especializada en reproducción, apoyada por el equipo médico ginecológico, con dos vertientes, una presencial y otra electrónica:

- Consulta presencial:
o 1ª visita: proporcionar fundamentos de la reproducción, hábitos de vida, consejo preconceptivo etc.
o 2ª visita: tras el diagnóstico y a la vista de los resultados del estudio de fertilidad de la pareja, completar la información sobre las técnicas de reproducción asistida ofrecidas.
o 3ª visita: instrucciones para el uso de fármacos.

- Consulta electrónica:
o Resolución de dudas.
o Contacto administrativo directo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de pacientes que acuden a la primera consulta enfermería de reproducción y posteriormente siguen tratamientos en nuestro Servicio.
2. Número de pacientes que han requerido contacto por mail en un año.
3. Días de espera para la primera consulta ordinaria con enfermería.
4. Equivalentes de tiempo completo de personal de enfermería dedicado a la consulta monográfica de enfermería.
5. Grado de satisfacción de las parejas con la atención recibida.

Proyecto: 2016_0042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación de la Consulta de Enfermería Especializada en Reproducción en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento del nuevo protocolo a los 3 meses para valorar posibles mejoras. Al finalizar un año de consulta, presentar datos, índices de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Esterilidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0047 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

2. RESPONSABLE ..... OLIVIA LAFALLA BERNAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OBON CASTEL BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD RUBIO CRISTINA. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SAVIRON CORNUDELLA RICARDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO. MATEMATICO/A. EU LA ALMUNIA. MATEMATICA APLICADA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El retraso de crecimiento intraútero es la 1ª causa de mortalidad fetal intraútero y de 1/5 de las muertes perinatales. También, 1/5 de los recién nacidos prematuros, por debajo de las 34 semanas, presentan restricción de crecimiento. Casi el 50% de los fetos con retraso de crecimiento presentan alguna complicación perinatal y mayor riesgo de daño neurológico y muerte súbita del lactante. En la vida adulta tienen más riesgo de padecer HTA crónica, DM tipo II, enfermedad cardiovascular o accidentes cerebro-vasculares.

Por contra, los fetos macrosómicos asocian una mayor incidencia de cesárea, y en el parto vaginal un aumento de desgarros en el canal del parto. También se describen un mayor número de hemorragias maternas y de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia. La mortalidad en el feto macrosómico es mas elevada y existe un mayor riesgo de traumatismos obstétricos, principalmente la distocia de hombros y la lesión del plexo braquial. A largo plazo la macrosomía fetal se vincula con un mayor riesgo de desarrollar DM tipo 2, obesidad y síndrome metabólico.

Por lo tanto es muy importante conocer el peso fetal estimado intraútero, el percentil de crecimiento y la previsión de peso al nacimiento de cara a tomar decisiones en el seguimiento del embarazo y a la hora de finalizar la gestación garantizando el bienestar fetal y materno. La posibilidad de asignar un percentil a una estimación de peso actualmente puede hacerse bien utilizando unas tablas de pesos de recién nacidos varones y mujeres en las diferentes edades gestacionales (muchos de ellos con patología de base, ya que todos los nacidos prematuros probablemente no tendrían un desencadenamiento del parto fisiológico) o bien con un modelo que calcule el percentil en base a los nacidos en esa población con curvas de crecimiento de referencia adecuadas y personalizadas a las características de la gestante. Este modelo integra varias variables de los padres y de la gestación para individualizar el resultado del feto.

Las características del proyecto se enmarcan dentro de la medicina personalizada puesto que el cálculo de percentiles se realiza de modo individualizado para las características de la gestante. Para que los cálculos sean accesibles se generará una aplicación web.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental del modelo ajustado será clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Para ello se generará una aplicación web capaz de generar curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, para ello se tomarán de forma retrospectiva los datos de nacimiento en el hospital de 2015 y 2016.

Implementación de una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional.

Una vez desarrollada esta herramienta, se individualizará el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practiquen a la gestante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado.
2. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado y presentan una feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma.
3. Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto.
4. Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al

Proyecto: 2016_0047 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

nacimiento.
5. Registro de complicaciones debidas al peso fetal.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación del Modelo Ajustado y de la Aplicación en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento de la aplicación y los resultados a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al completar un año de utilización de la aplicación presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0092 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VICENTE LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO PEREZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD RUBIO CRISTINA. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GREGORIO MAYORAL ESTHER. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· SESE PIQUER MARIA ANGELES. EIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La redacción correcta de los protocolos quirúrgicos es fundamental para el buen entendimiento por parte de cualquier profesional sanitario que tenga acceso a ellos de la cirugía realizada, los pasos que se han llevado a cabo, los hallazgos encontrados, las dificultades específicas de esa paciente a las que se ha tenido que hacer frente, así como de las medidas que se han tenido que tomar para su resolución.
La importancia radica tanto en que una complicación en el postoperatorio puede ser debida a una acción llevada a cabo durante la cirugía y, además, para cirugías posteriores nos interesa conocer de forma detallada qué sucedió en las intervenciones previas.
A causa de la cada vez mayor presión asistencial que soportamos los profesionales sanitarios, y en un intento de optimización del tiempo del que disponemos, hemos venido comprobando que la redacción de los protocolos quirúrgicos tras las cirugías que se realizan tienden a ser cada vez más esquemáticos y su redacción cada vez más rápida, con los problemas que ello conlleva de falta de rigurosidad en la descripción del acto quirúrgico y falta de entendimiento por parte de otros profesionales.
Con este proyecto de mejora de calidad se pretende disponer de protocolos quirúrgicos de todas las cirugías frecuentemente realizadas en un quirófano de obstetricia y ginecología en forma de archivo digital, descritos los pasos habituales que se llevan a cabo de manera estándar.
De ese modo, el ginecólogo/a responsable de la intervención quirúrgica se encontraría ya redactado todo aquello que de rutina se realiza en dicha cirugía y podría emplear el tiempo en explicar, de forma más detallada, en el apartado de “Observaciones” las particularidades propias del acto quirúrgico a las que ha tenido que enfrentarse.
Asimismo, la letra de imprenta ayudaría a la correcta comprensión del protocolo por parte de todos los profesionales sanitarios que lo requiriesen

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mayor rigurosidad en la descripción de las intervenciones quirúrgicas realizadas
-Optimización del tiempo del que se dispone entre intervenciones en quirófano
-Favorecer la comprensión lectora de los protocolos quirúrgicos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende involucrar a todos los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología en la redacción de protocolos quirúrgicos estándar para las cirugías que de forma rutinaria se llevan a cabo en nuestro servicio: Cesárea, histerectomía abdominal simple o incluyendo anejos, histerectomía vaginal, colpoperineoplastia, conización cervical, laparoscopia diagnóstica o quirúrgica (en sus diferentes variantes), histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT.
Dichos protocolos se presentarían ante la Comisión de historias clínicas del hospital y una vez aprobado su uso, se guardarían como un archivo de formato word en una carpeta de un pc al que los miembros del servicio tuvieran fácil acceso.
Tras la realización de la cirugía pertinente, bastaría con imprimir una copia del protocolo correspondiente a la misma y rellenar de forma única el apartado referido como “Observaciones”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. El día posterior a un quirófano obstétrico-ginecológico, el ginecólogo/a responsable de la planta de hospitalización deberá revisar los protocolos quirúrgicos presentes en la historia clínica, comprobando que se trata de los documentos pre-redactados.
2. Cálculo del porcentaje de protocolos pre-redactados sobre el total de cirugías llevadas a cabo en un periodo de tiempo determinado.
Se pretende que dicho porcentaje esté por encima del 75-80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación del proyecto en el servicio del hospital en un mes desde la fecha. Plazo de un mes para la redacción de los protocolos quirúrgicos. Presentación de los mismos ante la comisión de historias clínicas del hospital.
Tras su aprobación, comienzo de uso y primera valoración de resultados a los 3 meses.
Al completar un año de utilización, presentación de datos en sesión clínica del servicio y en la comisión de calidad del hospital.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0092 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1285 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· ARA GABARRE MIRIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· SOLER MACHIN JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· ALMENARA CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· PEREZ NAVARRO ITZIAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
-Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
-Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
-Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

9. OBSERVACIONES.
Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1653 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARA GABARRE MIRIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vítreo)
-Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro.
Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento.
Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1656 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:
- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología,etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
-organización de sesiones multidisciplinares entre ambos servicios implicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
-Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
-Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
-Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (SÍ, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:
-Estimación del número de consultas ahorradas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá
a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

9. OBSERVACIONES.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1656 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0875 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION DE CALIDAD PARA EL PACIENTE ONCOLOGICO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ OTAL CLARA. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). ONCOLOGIA MEDICA
· FRAILE ESCRICHE ROSA. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). ONCOLOGIA MEDICA
· LOPEZ CUELLO ESTHER. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). ONCOLOGIA MEDICA
· RODRIGO LOPEZ CARMEN MARIA. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). ONCOLOGIA MEDICA
· IZARBEZ LORIENTE SIRA. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). ONCOLOGIA MEDICA
· ESCARTIN LAPLANA ENMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· GREGORIO MAYORAL MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud se contempla la existencia de apoyo psicológico a enfermos y familiares. De hecho, uno de los objetivos de la estrategia es proporcionar atención psicológica al paciente y a sus familiares.
La Psicología Oncológica supone la aplicación de los principios de la Psicología científica a la enfermedad cancerosa. Es considerada una subespecialidad de la Psicología de la Salud, como rama especializada de la Medicina Comportamental.
Actualmente, se hace cada vez más patente la demanda de los pacientes oncológicos de una atención de calidad por parte de los profesionales sanitarios. Las características del entorno hospitalario, la saturación en las consultas sanitarias que determina el tiempo que puede dedicarse a cada persona, o un desconocimiento de las habilidades de comunicación necesarias para transmitir la información en los profesionales, desencadenan una sensación de desamparo y falta de empatía en los pacientes.
También la investigación reciente nos refleja una realidad contradictoria del personal sanitario. Actualmente sabemos que dichos profesionales encabezan a los trabajadores afectados por estrés laboral. Diariamente estos profesionales desempeñan unas funciones de elevada dificultad, alta responsabilidad y mucha carga emocional, que en ocasiones son poco gratificantes.
Se evidencia así la necesidad de una formación específica para dichos profesionales que están diariamente en contacto con pacientes oncológicos, así como de la posibilidad de disponer de una atención psicológica individualizada para los pacientes que puedan demandarla en cualquier momento de su proceso.

l modelo integrador biopsicosocial de la salud.
Se pretende prestar atención y apoyo psicológico a los pacientes una vez a la semana en la séptima planta del Hospital San Jorge y en la sexta planta. Dicha labor se realizará por una de las psicólogas de la AECC, los miércoles en horario de 10 a 14. Una vez al mes, se ofrecerán sesiones de formación para las enfermeras, auxiliares y celadores que están en contacto con pacientes oncológicos.
Nuestra propuesta de mejora plantearía la posibilidad de que dichas sesiones de formación se ampliasen a otros profesionales de otras especialidades que están en contacto con pacientes oncológicos (hematología, cirugía, ginecología, enfermeras y auxiliares del hospital de día de oncología) y que estos puedan participar en otra edición del “Curso de Oncología Básico para Enfermería y Personal Sanitario” en el que psicólogas de la AECC colaboramos ofreciendo talleres de formación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Objetivo General:

* Mejorar la calidad de la atención prestada en el hospital apoyando a los profesionales más vulnerables, a través del apoyo psicológico a pacientes y familiares. Consideramos que la formación a los profesionales sanitarios favorecería la mejora a la atención de pacientes y familiares.

- Objetivos Específicos:

* Ayudar a afrontar la enfermedad durante todo su proceso.
* Solucionar positivamente los problemas afectivos y personales que pueden aparecer a lo largo del tiempo.
* Asesorar sobre pautas de organización y funcionamiento del entorno del paciente.
* Detectar respuestas con potencial psicopatológico entre los familiares, con atención incluso después del fallecimiento del paciente.
* Aliviar y ayudar a resolver los trastornos psicológicos y/o las alteraciones cognitivas, conductuales y/o emocionales de los enfermos de cáncer y/o sus allegados, que pueden surgir a lo largo de todo el proceso.
* Apoyar y ayudar a los enfermos de cáncer y familiares en la resolución de problemas y en el afrontamiento de situaciones difíciles, facilitando la adaptación a la misma y favoreciendo que la persona pueda alcanzar el nivel óptimo de calidad de vida atendiendo a las circunstancias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consulta de Psicooncología los miércoles de 9 a 14 hs. Esta consulta la realizará una de las psicólogas de la AECC en base a un convenio firmado con el SALUD

- Una sesión formativa/mes para personal sanitario y celadores, dirigida por las psicólogas

Proyecto: 2016_0875 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION DE CALIDAD PARA EL PACIENTE ONCOLOGICO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

- Ampliar la formación que ya se ha realizado este año a profesionales sanitarios de otros servicios en tres temas básicos:

* "Gestión del Estrés Emocional en Personal Sanitario”
*Gestión del duelo”,
*Taller de emociones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes oncológicos derivados a consulta de Psicooncología que son atendidos antes de 15 días (estándar: 90%)
- Sesiones formativas por psicooncología para personal sanitario servicio oncología(estándar > o = 8)
- % profesionales que acuden a los talleres de otros servicios con respecto a los del servicio de oncología (estándar > o =10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- La consulta a pacientes oncológicos ya está en marcha. A 1 de enero del 2016 se establecerá un sistema de registro para obtener indicadores de calidad (demora y otros que se establezcan)
- Las sesiones formativas se llevarán a cabo en horario que favorezca la participación de los profesionales 1/mes, salvo meses de verano
- Los talleres se llevarán a cabo en el segundo trimestre del 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0089 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

2. RESPONSABLE ..... ANDRES LOPEZ VAZQUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCOLAN GELOS ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROMERO MAURA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. LOGOPEDIA
· LACAMBRA SANTOS EVA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. LOGOPEDIA
· EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
· VIBAN FORTUNY JESUS. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los trastornos relacionados con la voz son muy frecuentes en la Consulta de Otorrinolaringología (ORL). Existen muy diversas causas tanto funcionales u orgánicas que pueden ocasionar cambios en la calidad de la voz de los pacientes.

Para la correcta exploración y tratamiento de los pacientes es necesario una relación estrecha entre los otorrinolaringólogos encargados de los pacientes con trastornos vocales y los rehabilitadores de la voz o logopedas.

En el Sector de Huesca, los hospitales donde trabajan los Servicios de ORL y LOGOPEDIA están separados fisicamente y por tanto, se dificulta la atención de los pacientes. Los pacientes son derivados mediante Hojas de Consulta con una descripción somera del estado de la laringe del paciente a rehabilitar pero en el Servicio de Logopedia no pueden valorar las imágenes ni las grabaciones de la laringe.
Junto con el Servicio de Informática del Hospital se propone crear una carpeta de documentos compartidos en la que los profesionales tanto de ORL como de Logopedia puedan incluir los informes pertinentes y las grabaciones de la laringe del paciente a rehabilitar.
Posteriormente los resultados del análisis acústico de la voz por parte de Logopedia podrán colgarse en esa misma carpeta de documentos compartidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora en la calidad, satisfacción y en la atención al paciente con patología de la voz.
Coordinación y comunicación directa entre los Servicios encargados de la patología de la voz, el Servicio de Logopedia puede ver “in situ” la imagen laríngea y la patología a rehabilitar
Estudios a largo plazo de las imágenes y el análisis acústico de la voz antes y después del tratamiento rehabilitador creando una base de datos para estos pacientes y dividida por patologías.
Crear un protocolo de actuación ante el paciente de la voz con áreas definidas entre los Servicios sin duplicar exploraciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación, por parte del Servicio de Informática una carpeta de documentos compartidos en las que se incluirán subcarpetas con el número de historia del paciente explorado. Esas subcarpetas contendrán imágenes grabadas de la patología laríngea por parte del Servicio de ORL y análisis acústico de la voz por parte del Servicio de Logopedia.
Creación de una base de datos de los pacientes rehabilitados con la que se obtendrán resultados estadísticos para posteriores publicaciones e intraservicio observando dónde se puede mejorar (estudios por patologías : disfonía tras tiroidectomía, postoperados con intubación orotraqueal, patología orgánica quirúrgica de las cuerdas vocales como nódulos, edemas, carcinomas...)
Encuesta de satisfacción a los pacientes rehabilitados
Facilitar el trabajo aumentando la calidad del Servicio multidisciplinar en pacientes con patología vocal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- CREACION DE CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS SI/NO

- DERIVACIÓN A LOGOPEDIA CON DOCUMENTO INSERTADO EN LA CARPETA DESDE OTORRINOLARINGOLOGÍA. > al 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Diciembre de 2016 a Junio de 2017. Revisión de los datos en esa fecha

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCION DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA VOZ

Proyecto: 2016_0089 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0027 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· CONGOST MARIN SOFIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· HUERTA BLAS PALOMA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· AGON BANZO PEDRO JESUS. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La estandarización de los cuidados del recién nacido desde el nacimiento y durante las primeras horas de vida postnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. En los últimos años, las recomendaciones en cuanto a la atención y cuidados al alta del recién nacido sano, han sufrido modificaciones, de forma que se ha hecho necesaria la actualización de las pautas utilizadas en nuestra maternidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de estas nuevas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica en los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros días de vida postnatal, cuando el bebé ya se encuentra establecido en su domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el momento de la actualización de las recomendaciones, se revisó el concepto de RN sano, y las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal.
Se consensuó con el personal de Atención Primaria relacionado con la atención al niño, los criterios de actualización y recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Por un lado al modificar las pautas de cuidados del cordón umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón.
-Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las nuevas pautas de cuidados del recién nacido se pusieron en marcha durante el mes de mayo del presente año y en la actualidad siguen en vigor, para ser revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL PRADO SANZ MARIA ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· GIL FERRER LAURA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BELLON CLAVER PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· GARCIA ESCUDERO CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ABIO ALBERO SONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· CALVO AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los hemangiomas infantiles son tumores benignos con alta incidencia en niños menores de un año. Un 12% de los mismos se puede beneficiar del tratamiento médico. Este tratameinto debe realizarse segun guias de practica clinica, para ello se revisa la bibliografía y se elabora un protocolo basado en las recomendaciones formuladas por los especialistas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tratamiento médico de hemangiomas infantiles simples previo diagnostico ecográfico dermatológico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diagnóstico ecográfico y clínico por Servicio de Dermatología para inclusión en protocolo.
El tratamiento médico consiste en la administración de propranolol por vía oral ya que es el tratamiento de elección de los hemangiomas infantiles y es el único aprobado para dicha indicación. Para ello se realiza el ingreso en Hospital de día para administración de propranolol por vía oral en dosis progresivas realizando los controles correspondientes con monitorización de frecuencia cardiaca y tensión arterial así como glucemia y control clínico para detectar posibles efectos secundarios de la medicación. Previamente se cumplimenta el consentimiento informado por parte de los profesionales y la familia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes sometidos a dicho tratamiento entre el total de pacientes diagnosticados de angioma infantil.
- Seguimiento por parte del Servicio de Dermatología para comprobar efectividad.
- Comunicación de reacciones adversas entre el total de pacientes tratados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Agosto 2016: revision bibliografica y elaboracion de protocolo clínico.
Octubre 2017: seleccion de casos e inicio del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
Este tratamiento se está llevando a cabo con éxito en otros centros con buena tolerancia y adecuada efectividad. De esta manera se puede evitar desplazamientos a otros centros pudiendo realizarse en nuestro Hospital.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

2. RESPONSABLE ..... PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ABIO ALBERO SONIA. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· IZUEL JARNE ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· CASAJUS BETRAN CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ASPIROZ GUILLEN ANABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SANTAFE LOPEZ SONIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se habla de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal con un un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche. Al ser la leche el primer alimento no homólogo que se introduce en la dieta de un lactante es la APLV la primera alergia que debuta, afectando a un 2% de la población. En España el porcentaje de alérgicos a leche de vaca en el primer año de vida se sitúa entre 0,36% y 1,95%. Ocupa el tercer lugar en las patologías alérgicas detrás de la alergia al huevo y al pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. Los niños alérgicos a leche suelen estar sobreprotegidos por los problemas que conllevan las trasgresiones. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. En la actualidad, en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, los procedimientos haciéndose más comunes y los resultados hasta el momento son muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1 Conseguir una tolerancia precoz de dicho alimento adquiriendo una normalización de los hábitos dietéticos de dichos pacientes, evitando así mismo una alimentación deficitaria. 2 Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento problema. 3 Disminución del gasto en fórmulas especiales que en muchos niños deben mantenerse hasta los 2 años o más, las cuales son financiadas en nuestro medio hasta que el niño tiene los 2 años. Tras inicio de la inducción de tolerancia oral la adquisición de tolerancia puede alcanzarse hacia los 3 meses del inicio de la pauta, disminuyendo notablemente los meses que el niño debe consumir una leche de fórmula especial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 Revisión de la evidencia científica: guías clínicas, revisiones, protocolos de otros hospitales (Odriozola, Ruiz del Olmo). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protoloco de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia (Hospital Miguel Servet) (Huerta, Odriozola, Abio). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica (Huerta, Izuel, Casajus). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Huerta, Ruiz del Olmo, Abio). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización (Aspiroz, Santafe)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1 Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa. 2 Reacciones adversas tras inicio de inducción de tolerancia. 3 Número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico (antihistaminico. Adrenalina, corticoide). 4 Número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 Revisión de la evidencia científica (Septiembre- Octubre 2016). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protoloco de inducción de tolerancia oral (Septiembre- Octubre 2016). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV (Octubre 2016- Octubre 2017). 4 Elaboración de

Proyecto: 2016_0243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

base de datos para recogida de datos y resultados (Octubre 2016- Octubre 2017). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Octubre 2016-Octubre 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ALERGIA ALIMENTARIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0476 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA BELLA CARMEN. MEDICO/A. CS SARIÑENA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ARTERO BELLO MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· LAVILLA ABRIL SHEILA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· REDOL LABARTA MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· AZANZA MONTULL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La detección precoz de cardiopatías congénitas graves permite su tratamiento y corrección quirúrgica en los plazos adecuados, lo que permite mejorar el pronóstico de estos niños. No siempre es posible el diagnostico prenatal por ecografía o por exploración física del neonato durante su estancia en la maternidad. Esto es especialmente importante en las cardiopatías ductus dependientes, cuyo cierre puede desencadenar un fallo cardiovascular e incluso la muerte. El ductus es obligatorio para asegurar el gasto cardíaco en los casos de estenosis del tracto de salida del VD (circulación pulmonar) o del VI (circulación sistémica). El debut es una situación amenazante para la vida ya que el ductus se cierra de manera espontánea antes de la 4º semana de vida. Ante la sospecha hay que iniciar tratamiento inmediato con PGE1 para asegurar su permanencia. La incidencia de cardiopatías congénitas ductus dependientes oscila entre 1-2 casos/1000 recién nacidos. La exploración física y los síntomas pueden ser sutiles o ausentes en los primeros días. La pulsioximetría entre las 24 y 72 horas es un método rápido, simple, no invasivo, barato, reproducible y con poca variabilidad. La exploración física en los primeros días de vida tiene una sensibilidad del 63% en este tipo de cardiopatías, si asociamos la pulsioximetría asciende al 83%. La pulsioximetría por si sola tiene una especificidad del 99%. Los falsos positivos son escasos (0.17%), de los cuales un 45% presentan otro tipo de patología neonatal (cardiopatía no ductus dependiente, sepsis, etc).
Se considera resultado negativo cifras de Sat O2=95% en mano derecha o pie y diferencia =3%. Se considera positivo pre y postductal 90-<95% o diferencia >3% en tres medidas separadas de una hora o Sat <90% en mano o pie. En los casos positivos se contactara con servicio de Cardiología para realización de ecocardiografía urgente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir el riesgo de dar de alta a un neonato potencialmente grave.
-Reducción de morbimortalidad asociada a estas patologías en caso de retraso diagnóstico mejorando el pronóstico y la supervivencia.
-Seleccionar a los pacientes candidatos de valoración cardiológica pediátrica urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Medida de pulsioximetría con sensor en mano derecha (preductal) y otra en cualquiera de los dos pies (postductal).
-La medición se realizará entre las 24 y 72 horas con el recién nacido tranquilo, evitando el sueño profundo y los momentos de alimentación.
-Onda de pletismografía adecuada.
-Personal entrenado en toma de pulsioximetría en neonatos.
-Tiempo estimado < 10 minutos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Numero total de recién nacidos.
-Numero de recién nacidos a los que se realiza pulsioximetría entre las 24-72 horas.
-Numero de recién nacidos con alta precoz de la maternidad (primeras 24 horas).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Octubre-Noviembre 2016:
Revisión bibliográfica.
Registro de resultado de pulsioximetría en la Hoja de cuidados de recién nacido.
Formación al personal de enfermería de pulsioximetría neonatal pre y postductal.
Inclusión de pulsioximetría en las rutinas de recién nacido.
-A partir de Diciembre de 2016:
Puesta en marcha del programa de screening neonatal y mantenimiento de forma indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes

Proyecto: 2016_0476 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

2. RESPONSABLE ..... AMAYA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL PELEATO EVA. PSICOLOGO/A. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· VILLALBA YUSTE FERNANDO. PSICOLOGO/A. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· ALAYETO GASTON MARIAN. PSICOLOGO/A CLINICO. CS PIRINEOS. PSICOLOGIA CLINICA
· SANCHEZ LUCAS NAIARA. PSICOLOGO/A CLINICO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PSICOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existe una cada vez mayor prevalencia de los trastornos mentales en la población general. En los países occidentales, se calcula que un 40% de la población sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Los trastornos mentales generaron en 2002 un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36,9%, los costes asociados a cuidados informales el 17,7% y los costes por baja laboral el 42,7%. Los trastornos mentales son la segunda causa de baja laboral en España (Centro de Investigación Biomédica en Red 2002).

En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo. Entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (Secades et al. 2003).

La terapia cognitivo-conductual para los trastornos emocionales, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad sobre el uso de antidepresivos (Hollinghurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

Por ello, se ha visto necesario el desarrollo de una intervención que prevenga o disminuya la aparición de síntomas psicopatológicos.

El programa de atención continuada de residentes de psicología clínica consiste en una terapia de grupo para los trastornos emocionales, basada en el enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales, siguiendo el protocolo unificado de David H. Barlow (Barlow, 2015).

Este protocolo se centra en las clásicas técnicas de la terapia cognitivo-conductual que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos aisaldos.

Se enfatiza la prevención de la evitación, la exposición conductual e interoceptiva, la modificación de cogniciones desadaptativas y el incremento de conciencia emocional.

Los participantes se seleccionan de los centros de salud del Perpetuo Socorro y de Pirineos (Huesca). Todos ellos mayores de edad. La derivación viene desde el médico de familia, que detecta los posibles candidatos y los deriva al programa.

Estos candidatos, son personas con un trastorno emocional de intensidad leve o moderada (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, estrés, trastorno somatomorfo o trastorno disociativo).

Al ser requisito indispensable que la persona no sufra un trastorno de intensidad grave, se requiere un cribado que excluya a este tipo de personas, las cuales serán derivadas a una unidad de salud mental de adultos.

Por este motivo, surge la necesidad de la elaboración de una entrevista semi estructurada que detecte la idoniedad del paciente para la pertenencia al programa o no (además de la realización de varios test psicodiagnósticos validados que ayuden a detectar si el candidato cumple los requisitos pertinentes: BDI, BAI, WHOQOL-BREF y Termómetro de la salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es la creación de una entrevista semi estructurada que permita al terapeuta la discriminación de aquellos pacientes que serían susceptibles de pertenecer al programa de terapia de grupo para el tratamiento de trastornos emocionales leves-moderados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una tarde a la semana (martes de 16 a 20 horas) para la realización de las entrevistas para reclutar candidatos a la terapia de grupo.

La otra tarde (jueves de 16 a 20h) irá destinada a la terapia de grupo propiamente dicha.

Dos residentes de Psicología Clínica del hospital San Jorge que serán los encargados de realizar las entrevistas, así como los cuestionarios de cribado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_1280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Nº pacientes que son derivados al programa por el médico de familia.
Nº pacientes que realizan la entrevista.
Nº pacientes que pasan la criba para pertenecer a la terapia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ª parte: junio y julio: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
2ª parte: agosto y septiembre: confección de entrevista.
3ª parte: octubre a mayo: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DEL SUICIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

2. RESPONSABLE ..... CARMELO PELEGRIN VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCAR ARGUIS CESAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· JAUREGUI ISASMENDI MIREN JOSUNE. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ESCARTIN LASIERRA MARTA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ MONSEGUR MARIA DOLORES. PSICOLOGO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LOPEZ BERNUES RICARDO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CABRERO CEBRIAN VISITACION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años se estan produciendo un aumento muy importante de los suicidios consumados siendo en la actualidad la principal causa de muerte en pacientes jóvenes.
Estos suicidos no son debidos a un aumento de la prevalencia del Trastorno Mental Grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor con melancolia, alcoholismo...), sino a Trastornos de personalidad con incapacidad impulsividad, inetsabilidad emocional, dificultades para el manejo de la rabia y la agresividad, vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución del número de suicidos consumados en el sector/area de Huesca en el año 2017 de pacientes afectos de Trastorno de la Personalidad y/o Trastornos adaptativos a conflcitos de la vida diria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en urgencias de Horowitz y cols.
- Cuestinario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en atención primaria y urgencias de Torras-Garcia y cols.
- Tras el ingreso en UCE para contención de los pacientes con riesgo de conducta suicida abordaje multidisciplinar (psiquiátrico, psicológico, social y de enfermería) tanto individual como grupal siguiendo los modelos de diatesis-vulnerabilidad al estrés de Mann y cols; e integrativos de Turecki y Oquendo. Se procederá al alta del paciente tras evaluación conjunta por todos los integrantes del riesgo suicida. Se utilizará, además de la entrevista clínica, instrumentos como la escala de desesperanza de Beck, escala de riesgo suicida de Plutichk e inventario de razones para vivir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes con Trastorno de personalidad y riesgo suicida ingresados.
- Número de tentativas de suicidio realizados por estos pacientes a los seis meses del alta de la Unidad de Corta Estancia.
- Número de suicidos consumados en el año 2017 y comparación con los consumados en el año 2016 según las estadísticas recogidas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre-Diciembre 2016: terminación del protocolo y entrenamiento del equipo.
- Octubre-Diciembre 2016: coordinación y puesta en común de los integrantes del grupo de trabajo
- Octubre-Diciembre 2016: inicio del protocolo de forma piloto para mejorar la metodología del plan de mejora.
- 2017: implementación del programa de calidad
- 2017: integrar a los equipos de atención primaria, salud mental y trabajo social comunitarios

9. OBSERVACIONES.
Nuestro objetivo es intentar ampliarlo a la conducta suicida en general (integrando el Trastorno Mental Grave) y generalizarlo a toda la comunidad.
También consideramos necesario incluir la evaluación del riesgo suicida en la historia clínica electrónica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ABADIA EZQUERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PULL ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MOYANO LORETO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ESTERILIZACION
· LECINA ALASTRUEY AIDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PULL ENFERMERIA
· BESCOS VAQUERO SANDRA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
· MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PULL ENFERMERIA
· FRECHIN PERTUSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PULL ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad de Enfermería Pull, es una plantilla de enfermería adicional que solventa las situaciones en las que se requiere sustitución o refuerzo de las plantillas de manera puntual, en ocasiones, sin previo entrenamiento y con experiencia limitada en ciertas Unidades.
Trabajar en la Unidad Pull de enfermería supone un gran reto. Se han de conocer las particularidades de los diferentes Servicios y Unidades sobre todo de las especiales; la forma de organizar el trabajo, peculiaridades de la práctica clínica en distintas especialidades, conocimiento de técnicas y protocolos, labores administrativas, ubicación de recursos materiales, etc.

Además este tipo de personal está expuesto a diversos factores que pueden comprometer su compromiso profesional, como el aumento del estrés o ansiedad debido a los constantes cambios de Servicio o Unidad, sentimiento de no pertenencia a la institución, pérdida de control de ciertas situaciones, etc. A todo esto hay que sumar, como es natural, la exigencia en cuanto al cumplimiento con el trabajo diario como de un miembro de la plantilla habitual se tratara y la formación, en ocasiones insuficiente, por las causas descritas anteriormente, por parte de las administraciones sanitarias.
Encontramos entonces que podría ser útil tener siempre a mano la información básica, relativa a cada Unidad o Servicio especifico.

WIKIPOOL es una aplicación gratuita para móviles ideada y desarrollada para servir de ayuda en la práctica clínica diaria del personal de enfermería que presta servicio en la Unidad de Enfermería Pull (pool, enfermera volante, enfermera localizada o “corre turnos”), del Hospital San Jorge de Huesca.

La aplicación pretende ser simplemente una recopilación de directrices para el trabajo diario de este grupo de enfermeros, que abarca información como la que se puede encontrar en el manual de acogida al personal de las unidades, instrucciones, recomendaciones acerca de la practica clinica, técnicas, ubicación de recursos materiales y servicios, funcionamiento de unidades y tareas administrativas. De esta manera se pretende facilitar la integración, clarificar ciertas directrices y servir de apoyo tanto al personal nuevo como al más veterano.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mediante esta herramienta se pretende:
- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El trabajo se llevará a cabo recopilando información que, de manera altruista, el personal actual de la Unidad Pull, ofrecerá. Se recopilaran y ordenaran en un registro informático los conocimientos, experiencias, apuntes, etc. Tras ello se validará dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultarán los distintos documentos de acogida o información que se facilitan, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.

Tras todo ello, y debido principalmente a la extensión de la información recopilada, se decidió incluir todo en una aplicación móvil gratuita, mediante la cual pudiera consultarse de una manera rápida y fácil. La aplicación contendrá la descripción de las tareas de todos los Servicios o Unidades frecuentados por el personal Pull. Además de la ubicación de algunos recursos materiales, especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche, o información relevante o específica de cada Unidad.

Hay que destacar la versatilidad de esta idea, puesto que la aplicación estará en constante evolución, adaptación y actualización, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios. El coste del proyecto será de 0 euros.

Se facilitará un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal interino ya en plantilla. La aplicación, no estará disponible en Play Store por motivos de privacidad, confidencialidad y buen uso del instrumento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El uso de la aplicación móvil, sera monitorizado. Se realizaran cálculos descriptivos del uso de la herramienta móvil, descarga y uso diario.

Proyecto: 2016_0136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que la aplicación este disponible para todo aquel personal que se una a la Unidad de Pull. La versatilidad y dinámica de la herramienta permitirá ir realizando cambios en la información proporcionada cuando esto sea necesario.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los pacientes hospitalizados
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA LACOMA LATRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ LALANA EVA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· SIESO GRACIA MARIA RUT. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GUASCH MARCE MONTSERRAT. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· IBOR SERRANO LORETO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria está cuestionada ya que 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.

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.
Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:

- Si hay síntomas respiratorios.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Estos criterios fueron revisados y concluyen que estaría indicada en paciente mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Consensuar entre los servicios implicados la elaboración de una guía con las indicaciones y recomendaciones que deban cumplir los pacientes para realizar una radiografía de tórax como estudio preoperatorio en pacientes con cirugías programadas.

Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación del grupo de mejora formado por médicos de radiología, anestesia, cirugía y urología.
- Reuniones mensuales del equipo para establecer las recomendaciones de la radiografía de tórax como estudio preoperatorio.
- Revisar la bibliografía disponible y evidencia científica (guías clínicas, revisiones y protocolos de otro hospitales), comentándola con las especialidades implicadas y consensuarlo con el servicio de Anestesia.
- Implementación de dicha guía/protocolo y puesta en marcha del programa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Establecer el número de reuniones del equipo de mejora.
- Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.
- Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.
- Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.
- Se establecerá un indicador que nos calcule la reduccción en el número de radiografías de tórax realizadas tras la instauración del protocolo, con el número realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones mensuales y contacto entre los miembros del equipo de forma continuada vía telefónica o vía email.

- Fecha de inicio del proyecto 1 de octubre de 2016.

Proyecto: 2016_0226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

- Búsqueda de literatura científica. Octubre-noviembre 2016.
- Realización y aprobación de las recomendaciones. Enero-marzo 2017.
- Elaboración del protocolo inicial. Abril 2017.
- Presentación a servicios. Periodo de evaluación en que se admitan cambios y sugerencias. Mayo 2017.
- Periodo de adaptación al nuevo protocolo supervisado por un radiólogo responsable. Junio-julio 2017.
- Inicio del establecimiento final del proyecto, sin supervisor. Septiembre 2017.
- Fecha de revisión programada a los 12 meses. Octubre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS CUSAS QUE REQUIERAN CIRUGÍA DE FORMA PROGRAMADA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACOMA LATRE EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· MOLINA TRESACO PAOLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UCI
· ALASTRUEY LAIRLA EVA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· MARTIN SANCHEZ NATALIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· IBOR SERRANO LORETO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o grave al contraste yodado intravenoso

- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.
- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.
- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.
- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.
- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Análisis de la situación: noviembre 2016.
- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.
- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.
- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.
- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.
- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.

Proyecto: 2016_0335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. reacción alérgica al contraste
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1397 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DOCUMENTADO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGIA MAMARIA

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO MORALES BALIEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PANIEGO LOPEZ ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· OMIST ONDIVIELA SUSANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CARNICER CORTES ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GARCES PEIRON ANA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· VERA BLASCO NAUSICA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· DE ARCE OSUNA CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Rehabilitación realiza prevención de linfedema en las pacientes intervenidas de patología mamaria. El médico Rehabilitador visita a la paciente en el ingreso hospitalario, en los primeros días del postoperatorio.
En esa primera visita se valora la movilidad, se entrega folleto de la aecc y se dan recomendaciones. Todas son citadas en la consulta en un mes aproximadamente para valorar si precisan tratamiento.
Algunas de ellas son incluidas en un grupo de terapia.
En el caso de que aparezca linfedema realizamos tratamiento mediante Drenaje linfático manual, Presoterapia, Vendaje multicapa etc.
Todas actividades se realizan sin tener un protocolo documentado y falta también indicadores de medida que evalúen el beneficio que se obtiene con las intervenciones tanto de prevención como terapeúticas.
En estos momentos se están utilizando nuevas técnicas que no se venían utilizando hasta ahora y que mejoran o sustituyen a las que se venían utilizando anteriormente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
. Elaborar un protocolo documentado de prevención y tratamiento del linfedema de acuerdo a la norma de control de documentación del sector.
- Actualizar los tratamientos con nuevas técnicas
- Recoger datos que permitan valorar objetivamente la mejoría

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión del equipo de mejora para, basando en el trabajo realizado hasta el momento y las técnicas de tratamiento más actuales, elaborar un protocolo de actuación
- Incluir en el tratamiento nuevas técnicas
- Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES

Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo : Sí/No

Mejora del tto del linfedema: % pacientes con disminución de la circometría después del tratamiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El primer semestre del 2017 se crea el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales.
A fin de año se pretende tener elaborado e implementado el protocolo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Linfedema
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1397 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DOCUMENTADO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGIA MAMARIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0738 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA INSERCION Y CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA LACOSTENA PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· UNGRIA MURILLO JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BEITIA MENDIOLA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
· ARA GABAS MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· OLIVARI MONTOYA MARIELLA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· EITO ARNAL ANTONIO JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. De igual forma en nuestro hospital se encuentra implantado hace ya varios años el proyecto de Bacteriemia Zero en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dados los buenos resultados obtenidos merced a ambos proyectos, y estimando necesario ampliar estas iniciativas de mejora de la sensibilidad de los profesionales y reducción de la variabilidad en la práctica clínica a las vías centrales en todo el hospital, es por lo que promovemos esta nueva iniciativa. Somos conocedores de que el volumen de las vías centrales en las plantas es menor pero no así la gravedad de las complicaciones que se puede derivar de su uso.
Por todo ello, pretendemos implementar un programa de formación de las enfermeras en nuestro centro, con el fin de conseguir una práctica clínica más homogénea basada en las últimas recomendaciones. Para ello se adaptarán los diferentes protocolos de enfermería del mantenimiento de vías venosas centrales de nuestro centro, entre otros, a las medidas enunciadas en el protocolo de Bacteriemia Zero y a la Guía de Practica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no permanentes en adultos editada en 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Número de bacteriemias por cada 1000 días de catéter venoso central en Unidades de Cuidados Intensivos: 2,18 en el año 2015.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Unificación de los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías venosas centrales en todo el Hospital General San Jorge de Huesca.
• Reducción de las complicaciones asociadas a las vías venosas centrales.
• Mejora de la seguridad de los pacientes portadores de estos dispositivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basada en las últimas evidencias.
Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central.
Diseño de una presentación sobre los cuidados del catéter venoso central. Presentación de los documentos a través de reuniones informativas en las diferentes unidades. Responsable:
Seguimiento de los indicadores de los cuidados del catéter venoso central. Realizando un estudio posterior y a los 4 meses de las presentaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de profesionales formados
Existencia del protocolo de mantenimiento de vías centrales actualizado en la unidad.
Número de vías centrales con el apósito manchado, mojado y/o despegado/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de vías centrales con todos los accesos cerrados con conectores/ nº total de vias centrales revisadas
Número de vías centrales con lista de chequeo realizada en la inserción/ nº total de vias centrales revisadas.
Número de registros de vía central/ nº total de vias centrales revisadas
Número de pacientes en los que se puede verificar en el registro el cambio de llaves y sistemas entre 4 y 7 días (excepto transfusiones, lípidos o causa justificada)/ nº total de vias centrales revisadas.

Se obtendrán a través de la realización de un muestreo aleatorio y en las unidades informatizadas con gacela o en la UCI, cuando se encuentre disponible, algunos de ellos se podrán obtener mediante explotación informática.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre de 2016: Reunión con los profesionales responsables del grupo motor y realización de una propuesta de presentación con diapositivas para llevar a cabo la formación.
Noviembre: Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los

Proyecto: 2016_0738 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA INSERCION Y CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

cuidados del catéter venoso central
Noviembre 2016- Febrero 2017: Realización de la formación en las unidades diana.
Mayo 2017: Evaluación de los indicadores
Octubre- Noviembre de 2017: Evaluación de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES NO PERMANENTES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

2. RESPONSABLE ..... MANUEL MUÑOZ PINTOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· PUJOL KELLER ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CAÑARDO ALASTUEY CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CRISAN ANDREA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· AMPARO REYES MERLIN ERNESTO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MARTINEZ CASTILLON DIEGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· ORTEGA ORTEGA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante el pasado año, pusimos en marcha la primera fase del programa para conocer los resultados reales del uso de las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en el SCASEST.Con anterioridad al paln de mejora solo a dos pacientes de treinta y dos SCASEST se les calcularon las escalas de riesgo isquemico/ hemorragico. Tras la puesta en marcha del programa, el resultado obtenido muestra que todos los pacientes a los que se les calcularon las escalas estaban correctamente antiagregados y que a todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST se les trato con el AA adecuado segun las ultimas guias de SEC.
Sin embargo,el resultado obtenido no fue el esperado debido a que solo se realizan las escalas en el 55% de los pacientes cuando esperabamos el 90%.Por otro lado hemos observado que en estos pacientes en los que se realizaron las escalas de riesgo,tb se realizo la escala HAS/BLED que no es necesaria en este tipo de patologia.
Es en base a estos resultados por lo que consideramos necesario continuar nuestro programa para mejorar los datos previos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es mejorar el resultado obtenido en el estudio realizado y conseguir que a los pacientes diagnosticados de SCASEST mediante nuestro plan de mejora se les realizen las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en un porcentaje proximo al 90%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Antes de poner en marcha el plan de mejora la situacion actual era claramente pesima, es por este motivo que consideramos que nuestra intervencion ha sido claramente favorable y efectiva hasta ahora.
El plan de mejora consistira en prorrogar nuestra actividad en el tiempo e intensificar nuestra formacion. Analizada ya la situacion actual del problema realizaremos intervenciones por medio de sesiones clinicas para continuar adquiriendo estas habilidades. Hemos llegado tambien a la conclusion de que una de las causas de estos pobres resultados puede ser que las escalas se realizen pero no se transcriban al informe del PCH,por tanto no se refleja que se hayan realizado. Como novedad en nuestro plan incidiremos en que las escalas se deben realizar y transcribir al informe del PCH.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Escala GRACE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.

-Escala TIMI score (SCASEST) n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.

-Escala CRUSADE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Partimos de una situacion actual en la que ya conocemos los resultados y en la que ya se encuentra en funcionamiento nuestra estrategia,por lo tanto desde el primer momento intensificaremos nuestro intervencion previa durante un periodo de doce meses.

-Analizaremos los resultados obtenidos, con nuestro plan de mejora, primero por medio de un estudio univariable y luego por medio de uno bivariable con chi cuadrado.

-Por ultimo compararemos estos resultados con los obtenidos anteriormente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

Proyecto: 2016_0007 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INGRESO DESDE URGENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO EN LA UCE

2. RESPONSABLE ..... ROSA CAJA BUETAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CASASUS ESCUER ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LAUNA ZAMORA CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- Existencia de varios protocolos.
- Variabilidad en los ingresos y no se hacen de forma estandarizada.
- Falta de cooordinación entre los dos servicios en el proceso ingreso paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Unificar los protocolos existentes
-Estandarizar el proceso del ingreso consensuado entre los dos servicios y entre todos los miembros del equipo multidisciplinar.
-Eliminar o disminuir el extravío de enseres de los pacientes en el proceso de ingreso.
-Disminuir posibles riesgos lesivos en el paciente auto o heteroagresivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión de los protocolos existentes, para unificarlos entrre los dos servicios.
-Adecuación de las necesidades a cada tipo de paciente, en relación al riesgo potencial de auto o heteroagresividad.
-Difusión a todos los miembros del equipo, de la existencia del nuevo protocolo, por medio de reuniones, y entrega del mismo.
-Definición de las tareas a realizar por cada miembro del equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Numero de pacientes que ingresan en la unidad y no cumplen el protocolo de ingreso / Numero de pacientes que ingresan en la unidad desde urgencias.
-Creación de una base de datos para cuantificar las desviaciones del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Ultimo trimestre 2016: -
-Redacción proyecto mejora.
-Elaboración del protocolo unificado.
-De Enero a Octubre de 2017:
-Difusión del nuevo protocolo
-Puesta en marcha del nuevo protocolo,
-Cumplimentación base de datos.
-De Octubre a Diciembre:
-Evaluación de los resultados y análisis de los mismos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· PINIES LLORET LOURDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· GALLEGO LLORENS ROSA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SARIÑENA GRACIA MARIA FELISA. TCAE. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El HSJ proporciona asistencia dirigida a la comunidad de acuerdo a los “principios de equidad, solidaridad, universalidad e integración social”.
Misión
El HSJ despliega la misión del SALUD en todos los ámbitos de la asistencia.
Está formado por un conjunto de profesionales que, con su esfuerzo diario y trabajo en equipo, proporcionan la mejor asistencia posible en sus episodios de salud, caminando hacia la calidad total.
El objetivo es satisfacer las expectativas de todas las personas de la organización y de la comunidad, con el desarrollo, reconocimiento y participación de los profesionales de la organización.
Visión
El HSJ se perfila como un Centro formado por profesionales las personas. Esta atención se basa en el trato respetuoso y la mejora continua de nuestro trabajo bajo el marco de la excelencia, proporcionando a las personas la resolución óptima de sus problemas de salud
Valores
-Tomando como base los valores del SALUD, el hospital asume como propios:
-Participación de las personas en las decisiones sobre su salud.
-Profesionales cualificados que cuentan con medios técnicos y formativos adecuados y que participan en las decisiones de la organización.
-Asistencia segura basada en el mejor conocimiento científico

La información constituye uno de los componentes más relevantes de la calidad en el ámbito sanitario, sobre todo desde el punto de vista de la calidad percibida por los usuarios del sistema sanitario. La información a pacientes y familiares sobre la situación clínica y el proceso asistencial es básica para garantizar el derecho a la información que está reconocido en la Ley de Sanidad.
La información es un elemento fundamental en la relación paciente/profesional sanitario, siendo un elemento capital del proceso asistencial, a la vez que es una herramienta eficaz a la hora de establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias. Una de las principales quejas que refieren tanto los pacientes como los familiares de los Servicios de Urgencias, es la escasa y/o deficiente información recibida sobre el estado de salud del paciente. Autores con Schwarts y Overton ponen como prioridad para disminuir las quejas del enfermo y aumentar su satisfacción que “ el personal debe hacer todos los esfuerzos necesarios para proporcionar a los enfermos y a sus familiares toda la información posible”. Además, la información a los pacientes y familiares ayuda a disminuir la ansiedad inherente a la atención de situaciones urgentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Garantizar la información a pacientes y familiares que son atendidos en el Servicio de Urgencias del HSJ.
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y familiares
Humanizar la asistencia a pacientes y familiares
Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta de información

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer un protocolo de información y acogida a pacientes y familiares, en el que se describa la dinámica asistencial del Servicio de Urgencias, así como qué tipo de información se da, y quién es el responsable de facilitar dicha información.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_1292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

1) Información a los pacientes
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº pacientes informados/ Nº pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
Explicación de términos: Paciente informado: pacientes que responden sí a las preguntas de satisfacción referidas a la información
Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados o derivados a otros centros
Tipo resultados
Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción. Documentación y registros de la Unidad de Atención al Paciente
Estándar: Superior al 90%

2) Existencia de protocolo de información a pacientes y familiares
Dimensión: Satisfacción. Seguridad
Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
Explicación de términos: El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencial en urgencias, así como el responsable de proporcionarla
Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
Tipo: Estructura
Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
Estándar: Si

3) Reclamaciones por desinformación
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº de reclamaciones por falta de información/ Nº de personas atendidas desde urgencias x 100
Explicación de términos: Reclamaciones : verbales o por escrito a la Unidad de Atención al paciente, referidas a la falta de cualquier tipo de información a pacientes y/o tutores de pacientes atendidos en urgencias, así como a sus familiares
Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de lata en el periodo revisado
Tipo: Resultado
Fuente de datos: Documentación y registros de SUH y registros de la Unidad de Atención al paciente
Estándar: 0,1/1000 urgencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización del protocolo en el primer semestre de 2017, implantación durante el 2º semestre. Evaluación anual desde su implantación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes y familaires que acuden al Servicio de Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1259 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ..... INGRID GUIOTE PARTIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONO ARIÑO ARACELI. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· BERNE MANERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· FONT CELAYA JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· DOLEZAL PETR. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
· APARICIO JUEZ LARA. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer de próstata es una patología prevalente en nuestro medio. El diagnóstico precoz y su tratamiento son fundamentales para aumentar la supervivencia en esta patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es la mejora en eficiencia del proceso de diagnóstico (biopsia de próstata y estudio de extensión) de cáncer de próstata, así como de la indicación de tratamiento del mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Optimización de los intervalos de diagnóstico y realización de pruebas complementarias durante el proceso.
- Establecimiento de criterios consensuados y basados en la evidencia para la indicación de solicitud de pruebas y posterior tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Tiempo desde la indicación de biopsia de próstata hasta realización de la misma. (3 semanas-1mes).
- Tiempo desde la realización de la biopsia hasta indicación terapéutica (4 semanas-6 semanas)
- Porcentaje de casos de cáncer detectado comentados en sesión con establecimiento de consenso de decisión terapéutica (75-85%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del proceso durante los meses de abril y mayo de 2017.
- Ajuste de las actividades actuales al nuevo protocolo hasta julio de 2017.
- Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
- Implantación definitiva a partir de octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_1286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RUIZ RAMIRO. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· BONO ARIÑO ARACELI. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· BERNE MANERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· NAVAS PIEDRAFITA DANIELA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· MARTIN GOMEZ MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. UROLOGIA
· ABAD ROGER JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario. Su evolución es impredecible y con el tiempo el 50-88% presentan recidivas. La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. Los tumores vesicales no músculo-invasivos pueden presentan un amplio abanico de comportamientos en cuanto a recidiva y progresión se refiere, dividiéndose en 3 grupos; desde un grupo de bajo riesgo, hasta el grupo que consiste en pacientes que cursan con tumores que presentan una relativa agresividad ya desde el inicio, y que aproximadamente un 45% de los pacientes progresarán a tumores músculo-invasivos. Esta heterogeneidad complica la elección del tratamiento y seguimiento correcto para cada paciente; es por eso por lo que se intenta estratificar a los pacientes según grupos de riesgo de recidiva y progresión.
Actualmente, los facultativos del Servicio de Urología del hospital San Jorge de Huesca atienden en las Consultas Externas toda clase de patología urológica, sin diferenciación por grupos de patología. Los pacientes con tumores vesicales corresponden a un alto porcentaje de las consultas programadas cada día; además de la Consulta de Enfermería para instilaciones de quimioterápicos endovesicales que se realiza una vez por semana, para tratamiento adyuvante del tumor vesical no músculo-invasivo. En el año 2015 (pendientes aún de la estadística de 2016) diagnosticamos en nuestro Servicio 45 nuevos casos, realizamos 126 cirugías endoscópicas (resección transuretral de tumor vesical, biopsias vesicales, etc.), 150 cistoscopias en la Consulta y 424 instilaciones endovesicales con quimio o inmunoterápicos. La elevada incidencia y prevalencia de esta patología uro-oncológica y su complicada heterogeneidad precisa, por parte de los Especialistas en Urología, un gran conocimiento de esta enfermedad, así como la implicación explícita por parte de los Facultativos de actualización permanente en este ámbito urológico. La implementación de esta Consulta mejorará el rendimiento de la consulta, ya que los pacientes recibirán un seguimiento estrecho, preciso y evitando estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a su riesgos de recidiva y/o progresión de la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con Tumor vesical, llevada a cabo por 2 Facultativos Especialistas del Servicio de Urología.
Se pretende fijar objetivos y analizarlos, detectando debilidades y proponiendo líneas de mejora; analizar las necesidades y el uso-consumo adecuado de medios en esta Unidad; potenciar y motivar el trabajo conjunto; fomentar la responsabilidad individual de los Facultativos; profundizar en el estudio y desarrollo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer vesical no músculo invasivo e invasivo, que redundará en la satisfacción del paciente y en una mayor producción científica-investigadora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la consulta semanal de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos.
Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta especializada.
Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales. La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio < 10%
Satisfacción pacientes atendidos mediante Consulta especializada en Tumor vesical; según encuesta de satisfacción (ISO) 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: Permanente e indefinida.
Calendario:
•Mayo-Junio 2017: Organización del Servicio de Urología para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de 2 Consultas especializadas en Tumor vesical.
•Junio-Julio 2017: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento por tumor vesical a estas

Proyecto: 2016_1286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.
•Noviembre-Diciembre 2017: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
•Marzo-Abril 2018: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARCELLER TEJEDOR ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GUIOTE PARTIDO INGRID. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· DOLEZAL PETR. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· APARICIO JUEZ LARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· NAVAS PIEDRAFITA DANIELA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· MARTIN GOMEZ MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El carcinoma urotelial vesical es la patología maligna más común del tracto urinario siendo el cáncer 11º en cuanto a frecuencia en todo el mundo, éste es más frecuente en varones que en mueres (8,9 casos por 100000 personas-año frente a 2,2) pero debemos tener en cuenta que España es el país con una tasa de incidencia ajustada por edad más alta de la unión europea, además dentro de España, Aragón es una de las comunidades con una tasa de cáncer de vejiga más elevada.
Además de una gran heterogeneidad pronostica propia de los diferentes grados tumorales, existen factores asociados con una mayor probabilidad de recidiva, otros de progresión y no disponemos de marcadores rutinarios con alta rentabilidad diagnóstica más allá de las citologías urinarias (con una sensibilidad superior al 70 % en tumores de alto grado y del 35-48% en los de bajo grado, y una especificidad del 95%), por lo que el resultado final es que nos encontramos con un grupo de pacientes muy heterogéneo que se beneficiarían de un seguimiento individualizado.
Dadas la frecuencia y la heterogeneidad de la patología tumoral vesical, los pacientes afectados por la misma podrían beneficiarse de un seguimiento individualizado, exhaustivo y óptimo en base a las últimas guías de evidencia clínica sin necesidad de desembolso económico alguno ya que la infraestructura y el personal necesarios ya forman parte del Servicio de Urología si bien creemos que una reorganización y mejor gestión de dichos recursos podría repercutir en un diagnóstico precoz de las recidivas o de la progresión así como reducir el número de pruebas, de consultas o dar de alta a pacientes con períodos libres de enfermedad prolongados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos de acuerdo a las evidencias recogidas en las guías de práctica clínica de referencia en base al grupo de riesgo de cada paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Búsqueda, revisión y evaluación de guías de práctica clínica relacionadas y elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos en base al grupo de riesgo de cada paciente. Seguimiento homogéneo de estos pacientes por 2 urólogos dedicados a ello en 2 consultas monográficas semanales.
Se agruparán los pacientes por grupo de riesgo y dentro de cada grupo se realizarán los procedimientos necesarios en tiempo y forma (ECO, Citologías, Cistoscopias, Biopsias vesicales, TAC, Urografías intravenosas…).
Podrá plantearse excluir del seguimiento propuesto a pacientes con características especiales (reacciones alérgicas a terapia endovesical, edad avanzada…) o consensuar procedimientos fuera de protocolo entre los urólogos encargados de la unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1:Cumplimiento del seguimiento propuesto
EXPLICACIÓN 1:Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente / Pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales
ESTÁNDAR 1: > 90%
INDICADOR 2:Administración de Mitomicina o BCG de forma adecuada al protocolo
EXPLICACIÓN 2:Pacientes que reciben BCG o Mitomicina según protocolo/ Total de pacientes que reciben BCG o Mitomicina
ESTANDAR 2: >90%
INDICADOR 3:Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo
EXPLICACIÓN 3: Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo / Total de procedimientos realizados
ESTANDAR: <10%
INDICADOR 4: Evaluación fuera de consulta especializada EXPLICACIÓN 4: Pacientes diagnosticados de tumor vesical no “de novo” (con anatomía patológica) vistos en consulta no especializada/ total de pacientes diagnosticados de tumor vesical no “de novo” vistos en total
ESTÁNDAR 4:<10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Duración: Permanente e indefinida.
Calendario:
- Mayo-Junio 2017: Revisión de guías de práctica clínica (Europeas, Españolas y Americanas) así como protocolos de otros servicios de Urología. Grupos de riesgo y elaboración de cronogramas de seguimiento y tratamiento de acuerdo a los mismos.
- Junio-Julio 2017: Coincidiendo con el inicio de consulta especializada destinada a estos pacientes, se inicia la puesta en marcha de nuestros protocolos.
- Noviembre-Diciembre 2017: Detección de problemas en el seguimiento y adaptación o modificación del protocolo.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente y para la institución.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

2. RESPONSABLE ..... ISABEL ANGELA LOPE DALMAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME MONZON
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION ESPECIALIZADA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLENZAL ALVAREZ OSCAR. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· HERRERO FUERTES ALBERTO. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ESCOLANO EZQUERRA SILVIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BRUNO CASADO LIDIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· POLO BLASCO MARI CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los paciente terminales, presntan multiples sintomas,cambiantes en breves periodos de tiempo.
Los profesionales del centro de salud, tanto en horario de mañanas como atencion continuada, hemos detectado la necesidad de mejorar el registro y comunicacion entre profesionales para asegurar la contiunuidad de cuidados adecuados en estos pacientes y sus familias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
poblacion diana : pacientes terminales oncologicos y terminales de organo mayores de 14 años.
se mejorará el registro especifico de los pacientes terminales.
se actualizaran los protocolos de actuacion en los sintomas mas frecuentes de estos enfermos y educacion sanitaria a las familias.
se revisarán los registros de voluntades anticipadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
se realizaran actividades formativas y de sensibilizacion entre los profesionales que trabajan en el centro de salud con el objetivo de mejorar la codificacion del paciente terminal.
asi como actividades de formacion para mejorar la atencion de los sintomas mas frecuentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.
INDICADOR SERÁ Nº DE SESIONES / 7 >O= A 0,85

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MEJORA DE REGISTRO:
RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.
ACTIVIDADES EN EL AÑO 2017 SE REALIZARAN EN EL MES DE OCTUBRE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA CON UNA POSTERIOR EVALUACION DEL IMPACTO.
ACTIVIDADES DE FORMACION:
RESPONSABLE
ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.
ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON MANEJO DE ESTOS PACIENTES. SE REALIZARÁ UNA ACTIVIDAD FORMATIVA MENSUAL DESDE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA ABRIL DEL 2018.
FECHA PREVISTA DE INICIO : OCTUBRE 2017 Y EVALUCION EN JUNIO 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TERMINALES ONCOLOGICOS Y DE ORGANO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0800 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL SIESO SEVIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... UASA BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CALVO LAURA. PSIQUIATRA. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· GARCIA GILART RAQUEL. PSICOLOGO/A. UASA BARBASTRO. PSICOLOGIA CLINICA
· HERNANDEZ PARICIO JAZMINA. TRABAJADOR/A SOCIAL. UASA BARBASTRO. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La población con problemas adictivos se encuentra en alto riesgo por su estilo de vida. La drogodependencia predispone no sólo a desórdenes nutricionales relacionados con una ingesta deficiente de alimentos, sino también a aquellos desórdenes relacionados con el abuso de alimentos. Además no es infrecuente la presencia de patologías orgánicas, como el VIH o las hepatitis, que conducen a un empeoramiento de su estado nutricional. Los déficits nutricionales son debidos tanto a un estilo de vida desordenado y a una falta de interés por la alimentación como a problemas específicos derivados del consumo.
La educación nutricional tiene objetivos más amplios que la información aunque ésta sea una parte esencial de la misma pues permite asentar las actitudes correctas y los comportamientos deseables sobre la base del conocimiento. Uno de nuestros objetivos con los usuarios de la U.A.S.A. es favorecer la toma de conciencia de que la alimentación saludable es un valioso medio para prevenir la enfermedad y promover su salud, integrándola en el contexto de su realidad cotidiana. Es importante resaltar que no se concibe la planificación de un programa de educación nutricional sin incluir el estímulo de la vida activa y el ejercicio físico, que forman parte de un estilo de vida saludable.
Por todo ello consideramos que el incidir en la educación nutricional y promoción de la actividad física favorecerá la adopción de un estilo de vida más saludable de nuestros usuarios, lo que redundará en su recuperación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar el número de usuarios de la UASA que modifiquen conductas inadecuadas en relación a la alimentación, actividad física y manejo del peso.
- Aumentar la capacidad percibida para modificar conductas no saludables de nuestros usuarios.
- Mejorar la capacidad de autocuidado de nuestros usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación del Programa de Educación Nutricional y promoción de la actividad física para usuarios de la U.A.S.A. del sector de Barbastro. Este programa se realizará de forma individualizada y consistirá en:
- realización de una valoración nutricional y de actividad física de los usuarios, que incluya medidas antropométricas (Peso, talla, IMC, Circunferencia de cintura y Circunferencia de cadera, Cuestionarios de frecuencia de consumo y Registros de ingesta, Tasa de Metabolismo Basal y Gasto Calórico Total).
- elaboración del plan de cuidados en función del diagnóstico de enfermería detectado según las alteraciones detectadas en el Patrón funcional de salud 2: Nutricional / Metabólico de Marjory Gordon.
- realización de un tratamiento nutricional individualizado, con una dieta y una pauta de actividad física ajustada a las necesidades del usuario en función de la valoración nutricional.
- Sesiones de seguimiento individualizado, donde se valoren indicadores antropométricos, y se realizará educación nutricional y abordaje motivacional del cambio de hábitos de alimentación y actividad física.
2. Serán incluidos todos aquellos usuarios que deseen mejorar las conductas de salud de alimentación y actividad física.
3. Podrán ser derivados por cualquier miembro del equipo terapéutico de la U.A.S.A. (trabajadora social, psicóloga, enfermera o psiquiatra).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Creación del Programa de Educación Nutricional y Promoción de la Actividad Física en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Sector Sanitario de Barbastro.
2. Indicador de conducta de cumplimiento del programa: nº de personas que acuden al 70% de las citas del programa/ total de personas incluidas en el programa
3. Conocimiento sustancial de la dieta prescrita por el 70% de los usuarios, evaluado a través del NOC 1802 Conocimiento: dieta, con los siguientes indicadores específicos:
- 180201 Dieta recomendada
- 180203 Ventajas de la dieta recomendada
- 180204 Objetivos de la dieta
- 180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta
4. Conocimiento sustancial de la forma más adecuada del manejo del peso por el 70% de los usuarios, a través del NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, con los siguientes indicadores específicos:
- 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso
- 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo
- 184117 Estrategias para modificar la conducta
5. Mejora de la capacidad percibida para modificar las conductas no saludables por parte de los usuarios, a

Proyecto: 2016_0800 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

través del NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, con el siguiente indicador específico:
- 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del programa en noviembre de 2016.
Evaluación en mayo de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... USM BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CORONAS ROSA. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO. SALUD MENTAL
· SUSIN NAVARRO ANA. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO. SALUD MENTAL
· SIESO SEVIL ANA ISABEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· MOLES ARCOS BARBARA. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· VAL CLAU MARIA JOSE. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· KAWAMURA MURILLO EDUARDO. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los inyectables de larga duración permiten controlar los síntomas de la enfermedad mental grave con eficacia. Precisan una administración espaciada en el tiempo (quincenal, mensual,o trimestral), facilitando el seguimiento y la adherencia terapeútica de los pacientes. Disminuyen las recaídas y las hospitalizaciones psiquiátricas, así como las demandas a los servicios de urgencias. Se reduce la posibilidad de presentar efectos adversos por toma de medicación inadecuada (automedicación, equivocaciones en dosis, tomas u horarios etc).
Observamos que algunos pacientes no acuden con la regularidad prescrita a la administración de su inyectable.
El profesional de enfermería es clave tanto para la administración del tratamiento inyectable correspondiente, como por la labor psicoeducativa y el abordaje integral en estos pacientes que habitualmente presentan un alto riesgo de enfermedades metabólicas.
Fomenta la relación terapeútica, estableciendo un vínculo más frecuente y potencia la adherencia adecuada al tratamiento. Así como la detección de síntomas sugestivos de empeoramiento o de efectos adversos relacionados con el tratamiento, notificandolo al psiquiatra y de esta forma interviniendo de manera preferente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que el paciente acuda a la cita prevista para administración de su tratamiento inyectable, disminuir el incumplimiento al mejorar la adherencia (recuerdo de cita por teléfono si es preciso).
Detección precoz de síntomas de empeoramiento o efectos adversos del tratamiento con intervención preferente por psiquiatra de referencia,disminuyendo el abandono del mismo por esta causa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de un registro o censo de los pacientes con trastorno mental grave en tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración derivados por su psiquiatra de referencia para control.
- Administración del antipsicótico inyectable de elección según características clínicas concretas del paciente.
- Realizar consulta con abordaje psicoeducarivo integral del paciente: social, comorbilidad física, perfil metabólico con analíticas necesarias, estilo de vida con hábitos de vida saludables,medidas higienico-dietéticas, adherencia, apoyo familiar
- LLamada telefónica a los pacientes que no acuden a la cita prevista para la administración del inyectable.(recuerdo telefónico)
- Valoración por psiquiatra preferentemente de pacientes con síntomas de empeoramiento, efectos adversos por el tratamiento y que no aceptan ni acudan al tratamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes que estaban ya con antipsicóticos de larga duración.
- Número de pacientes derivados por psiquiatra de referencia para inicio de tratamiento inyectable con antipsicoticos de larga duración.
- Número de pacientes que acuden a ponerse el tratamiento con regularidad.
- Número de pacientes que no acuden a ponerse el tratamiento y es necesario llamar por telefono
- Número de pacientes que abandona el tratamiento y registro de motivos.
-Número de pacientes que precisa hospitalización psiquiátrica o visitas en los servicios de urgencias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será de enero de 2017 a junio de 2017.
Cronograma:
El censo de pacientes en tratamiento ya instaurado se realizara en los dos primeros meses del estudio

Los pacientes de nueva instauración se incluiran en la primera cita de administración del tratamiento.

Los pacientes que no acuden y se les llama se incluiran en la misma cita en que se produzca la ausencia y llamada.

Los pacientes con empeoramiento, efectos adversos, negativas y ausencias al tratamiento se citaran preferentemente con psiquiatria.
Se registrarán las hospitalizaciones psiquiátricas o visitas a los servicios de urgencais durante este período.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastorno Mental Grave
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0871 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GARCIA LACOMA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARA USIETO MARISOL. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· RIVAS CALVETE MARTA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA
· LALAGUNA MALLADA PAULA. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MOLES ARCOS BARBARA. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PINA BORRUEL CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto.
La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia.
Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia.
Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual.
Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados
En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Información clara del algoritmo asistencial de pacientes menores y adolescentes con disforia de género en Aragón. Antecedentes y situación actual
- Establecer actuaciones coordinadas entre los profesionales implicados tanto a nivel clínico (pediatras, endocrinólogos), como psicológico (USMIJ), como educativo (centros educativos) para poder dar una repuesta integral a los pacientes garantizando el diagnóstico, acompañamiento y seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión bibliográfica de la literatura científica, así como a protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
- Reunión con los profesionales que atienden la Disforia de Género en Aragón, con el objeto de esclarecer cuál es la realidad clínica en nuestra Comunidad a este respecto, si existen profesionales de referencia suscritos por el Salud a quiénes se puedan remitir para confirmación de diagnóstico, etc.
- Reunión y Formación con el Grupo de Trabajo de Pediatría Endocrinológica Hospitalaria
- Contactar con Asociaciones de usuarios de disforia de género
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Médicos de atención Primaria.
-Reuniones de Trabajo con los Orientadores y Equipo Directivo de los diferentes centros escolares de los menores
- Establecer líneas claras de actuación a nivel escolar (ayuden al menor en la integración de los centros, información a a profesores, información a padres …) a través de Charlas de sensibilización.
- Establecer líneas estratégicas de actuación en la USMIJ a nivel clínico.
Los responsables de realizar las actividades serían los componentes dee equipo del Plan de Mejora de Calidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Reuniones realizadas con los diferentes profesionales de Salud y de Educación
- Reuniones realizadas con Asociaciones de usuarios
- Visitas clínicas a alguna unidad específica.
- Cursos de Formación para el equipo de trabajo de este proyecto.
- Documento de consenso entre los profesionales (previas consultas con las Direcciones respectivas)
- Actuaciones clínicas y educativas con los usuarios y familias (Intervenciones clínicas, formación y sensibilización a través de charlas por los diferentes centros educativos a familias y profesionales)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- mayo –septiembre (búsqueda bibliográfica, contactos con diferentes profesionales sanitarios)
- octubre-diciembre (reuniones con los diferentes profesionales sanitarios implicados y que están trabajando en disforia de género; primeras reuniones con Asociaciones de afectados y educadores; remisión para confirmación de diagnóstico al profesonal dereferencia.

Proyecto: 2016_0871 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

- enero –mayo (implementación de las actuaciones mínimas que faciliten la integración y respeto a su identidad de los niños atendidos por esta problemática). Primer documento de consenso.
-junio (borrador del documento de consenso conjunto entre profesionales sanitarios y de la educación del Sector)
-octubre (revisión del borrador, incidencias etc)

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Mejora en las diferentes fases de intervención de los pacientes con Disforia de Género y sus familias

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Disforia de Género
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MILLAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TODA CALVO MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· CASTRO ASIN ALFREDO. ENFERMERO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La prevalencia de la enfermedad detectada en nuestra zona y la apreciación de falta de puesta en práctica de los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, que se transmiten diariamente en nuestras consultas, son los motivos por los que tras reunión y consenso en el equipo, decidimos implantar un plan de estrategia educativa sobre educación diabetológica. Como complemento de la educación individualizada en las consultas,creemos conveniente reforzar a través de la educación grupal el autocontrol de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios, que esta patología ocasiona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:
-Mal control metabólico HbA1 > 7%
- Sobrepeso IMC >25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje

El objetivo de la educación diabetológica es mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.
Serán objetivos específicos conseguir mejorar en los siguientes ámbitos: control glucémico y en los hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, control del peso).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión de equipo para seleccionar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La elección del grupo será homogénea en edad, nivel de instrucción y tratamientos. Los grupos estarán compuestos por 6 personas.
- Cumplimentación de pre-test para valorar conocimientos de partida.
- Se realizarán 4 sesiones, cada dos meses, de una hora de duración con los siguientes contenidos:
1º. Conocimientos fundamentales de la diabetes.
2º. Alimentación y ejercicio.
3º. Hipo-hiperglucemia.
4º. Cuidados de piel y pies.

- En las sesiones se favorecerá el diálogo bidireccional tanto con los ponentes como con los miembros del grupo, con la finalidad de intercambiar experiencias.
- Se finalizará con un test post-intervención para valorar conocimientos adquiridos.
- Se realizará encuesta de satisfacción.
- Las sesiones se impartirán en la sala de reuniones del centro de salud.
- Recursos materiales: Ordenador, proyector (power-point, videos).
Folletos informativos.
Encuesta satisfacción.
Test para pacientes.
Báscula y tallímetro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se proponen los siguientes indicadores:

- Que el 50% de la población diana disminuya su IMC.
- Que el 50% de la población diana disminuya su HBA1c.
- Realización de al menos 3 sesiones educativas (un grupo completo).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Realización de 4 sesiones educativas, cada 2 meses, de una hora de duración.
-Inicio septiembre 2017.
-Finalización junio 2018.

Proyecto: 2016_1467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1561 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GETION DEL EQUIPAMIENTO

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CALZON PATRICIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proyecto se consideró necesario para poder tener la sala en perfecto estado de uso, con todo el aparataje en correcto funcionamiento y en el lugar habitual de uso, así como el control de las caducidades de la medicación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que no haya medicación caducada .
Que no falte medicación
Carro de curas equipado y preparado para su uso con todo el material.
Aparataje sin averias y funcionando perfectamente.
Papel de camilla .
Limpieza y orden general de la sala

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hoja de recogida de firmas
El médico y la enfermera que salen de guardia deben reponer el material usado hacer la revisión según el acuerdo diario y firmar la hoja correspondiente. En esa evisión diaria se incluye el orden de la sala,el carro de curas y el papel de la camilla.
Los lunes se revisrá eñl oxígeno, los martes el ampulario, el miercoles el orden de cajones y estanterías, los jueves la mochila de urgencias, los viernes mórficos, sábado DESA y domingo coche y stock del material y medicación.
Mensualmente se realiza la revisión completa del desfibrilador y del aparato de electrocardiograma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Revisar mensualmente la hoja de firmas para tener datos sobre el cumplimiento del programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante todo el año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1593 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADDES CRONICAS EN AL INFANCIA-ADOLESCENCIA

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se pusieron de manifiesto de carencias en los conocin¡mientos teorico-prácticos acerca de enfermedades crónica prevalente en la población adolescente de la zona por parte del profesorado del IES Sobrarbe..

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El ojetivo pretende que se mejore la formación del profesorado en enfermedades crónicas prevalentes y sus comlicaciones de la infancia-adolecencia, para mejorar la actuación y respuesta del profesorado ante posibles complicaciones surgidas de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades mediante sesiones teorico-prácticas sobre: asma, diabetes,crisis epilépticas y convulsivas, alergias, intolerancias alimentarias y accidentes.
Se realizaran seis sesiones de trabajo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se elabora un cuestionario de 20 preguntas con 3 posibles respuestas (solo una de ellas válida.) Se pasa el cuestionario antes de las sesiones y a las cuatro semanas tras impartir las mismas.
El limite inferiór a alcanzar es una mejora el el conocimiento del 50% de los asistentes. El limite superior estará en una mejora de los conocimientos del 70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Incio en Febrero de año 2017 y finalización en diciembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades prevalentes en la infancia y adolescencia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1599 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... CELINA MALDONADO CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIVIENTE SOLE ADELA. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Aumentar los conocimiento de cara a inculcar y habiruar a los niños a llevar un estilo de vida saludable, que comprendan las repercusiones positivas que tendra en su vida el llevar este estilo de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana : escolares del colégio público de Aínsa de 7 a 10 años.
Que conozcan y lleven a la párctica estilos de vida saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de un total de seis charlas interactivas con los escolares, donde ellos participan expresando sus inquietudes y dudas.
Utilizamos material audiovisual, escrito e interacuamos con ellos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se les pasa una pequeña encuesta sobre los conocimientos previos que tienen sobre el tema que tratamos. Pasados unos dias y cuando realizamos la siguiente actividad les pasamos otra encuesta para ver lo que recuerdan. Son encuestas de siete preguntas. los valores inferiores se calidad están en un 30% de respuestas y el máximo en 70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
son seis chralas interactivas.desde Mayo de 2016 a Diciembre de 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades que se pueden prevenir con hábitos de vida saludables
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1605 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CALZON PATRICIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN CAMPODARVE ALFREDO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Porcentaje mejorable de la cobertura de valoración de pie diabético, dentro de la población de la zona de salud que está en el programa 306.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Població diana serà aquells pacientes que estén incluidos en el programa 306 diabéticos. que un 90% tengas realizada la exploración de pie diabético según protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Citación en consultra según protocolo.Todas las consultas de enfermería disponen de instrumental para realizarf dicha exploración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Pacientes que tengan realizada la exploración de pie diabétio según marca el protocolo del programa 306. Objetivo inferior de calidad que un 70% tengan realizada la exploración. Objetivo superior un 90% tenan realizada la exploración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante todo el año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1376 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SORINAS FORNIES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINILLA GARCIA LYDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBALATE DE CINCA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASARTA SANCHEZ-FORTUN MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANOS DE MUR MANUEL. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· MORERA TARDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· GUALLARTE HERREROS OLGA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es difícil localizar a muchos pacientes debido a que no han actualizado sus datos en BDU, y por consiguiente, es complicado comunicarles cambios de citas, se devuelven TSI, cuesta localizarles para comunicarles resultados urgentes... Esto se ve reflejado en el trabajo realizado diaramiente en el Centro de Salud, cuando se tienen que modificar citas y no conseguimos localizar a los pacientes y/o acuden sin poder ser atendidos (lo que genera malestar y molestias innecesarias), así como una pérdida de tiempo tanto para ellos como para los profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener lo más actualizada posible la Base de Datos, para poder localizar, en caso necesario, a los pacientes lo más rápido posible. La población a la que va dirigida son todos los pacientes de nuestro Centro de Salud. Concienciar también a los colaboradores en este proyecto de que es importante que transmitan a los pacientes que pasan por la consulta que tengan actualizados sus datos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para poder llegar a ellos, pondríamos carteles en los Consultorios Locales, Ayuntamientos, Farmacias, etc... solicitando que actualicen sus datos en caso de haber cambiado en los últimos años. Para concienciar también a los colaboradores en este proyecto de que es importante que transmitan a los pacientes que pasan por la consulta que tengan actualizados sus datos, realizaríamos una reunion de EAP para explicarles la importancia del proyecto.
Los recursos para llevarlo a cabo es el personal de nuestro EAP, folios para los cambios en BDU y los carteles.
Los servicios a ofrecer al paciente serán más accesibles para ellos al poder localizarles cuando se les vaya a ofertar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Incremento, respecto de años anteiores, del número de cambio de domicilios llevados a cabo en un determinado período. Y también consultar si el número de TSI devueltas por correos de nuestro CS se ha disminuido en ese período.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Período de concienciación EAP: 1 semana
Período de implantación: 1 semana
Fecha prevista de inicio: 1/06/2017
Fecha prevista de fin: 1/6/2018 (aunque la intención es que se siga haciendo de forma indefinida, ya que siempre habrá nuevos pacientes y cambios de dirección y teléfono).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. LOCALIZACIÓN PARA COMUNICAR PATOLOGIAS URGENTES/CITAS/OTROS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
REEDUCACION DE SUELO PELVICO CON EJERCICIOS TIPO PILATES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE HIPER O HIPOTONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD.

Mujeres postmenopáusicas con varios embarazos de partos vaginales que padecen incontinencia urinaria de cualquier tipo y aunque le aconsejen en ginecología que haga ejercicios sel suelo pélvico no toman conciencia y no son capaces de llevarlos a cabo porque tampoco se enseñan en concreto, se prescriben los ejercicios de KEJEL pero no hay motivación. La reeducacion facilita la continencia de esfínteres y obseravción del cuerpo y previene enfermedades asociadas de la humedad como infecciones urinarias de repetición además de la incomodez circunstancial de pérdidas de orina y braguita mojada o compresa contínua con olores y mala sensación de confort que conlleva .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tonificación se suelo pélvico relacionada con aumentar o potenciar fuerza muscular para evitar pérdidas de orina cuando hay presión derivada de la tos, estornudo o sobresalto.
Lo mismo en cuanto a evitar prolapso de Útero en condiciones normales en personas mayores.
Si hay cirugía de aparato vesical, ginecologico o digestivo, reeducar suelo pélvico para evitar prolapsos posteriores.
Mejorar relaciones sexuales.
Evitar infecciones de la zona.
Tonificar de nuevo la musculatura del suelo pélvico tras el parto vaginal en puérperas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Clases guiadas con ejercicios de suelo pélvico tipo pilates con repercusion anatómica del tronco superior ya que es diréctamente proporcional en tono de suelo pelvico.
Ademas de Ejercicios de kegel con respiración diafragmática al mismo tiempo.
Anuncio de clases en cartel informativo en centro de salud de Albalate y pueblos de la zona.
Búsqueda activa en consulta donde la mujer comunica su situación.
Asociaciones de mujeres o amas de casa, de embarazadas, de mujeres a partir de 35 años interesadas en la tonificación como prevención.
Se harán dos charlas al años, una en el 2º trimestre y otra en el 4 trimestre. Es una sesión de 1, 30 minutos con apoyo audiovisual de power point donde se explica anatómicamen la musculatura del suelo pélvico y tronco superior de la mujer, los problemas comunes derivados de la mala tonificación del mismo, y los ejercicios en imagenes con objetos accesorios como pelotas fit ball de todos los tamaños, también se explica la respiración diafrajmática y su técnica junto a la relajación asociada como beneficio inmediato. Es ameno, con lenguaje coloquial y todas las mujeres con misma omtivación.
Habrá una clase de 50 min semanal en Albalate de Cina las 8:15 de la mañana, será en la sala de preparación al parto donde caben 12 personasy serán 12 sesiones aprox. donde aprenderan ejercicios y integraran el hábito tan saludable y sencillo. Ellas en su domicilio deberán practicar lo que necesiten.
El nivel de exigencia en cuanto a condición física es nulo, no requiere capacidad ni fuerza atlética, simplemente motivación personal para el autocuidado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores: encuestas personales anónimas y consulta individual y personalizada donde, incontinencia es en mayor y menor medida la evidencia de la mejora del proceso.
Cada mujer parte de una situación y se hara recogida de datos exhustiva de la condicion en que se encuentra, la mejora la observaremos en base a ese punto de partida de su hábito miccional cuando estaba sana o no había esta situación de no control de esfínteres por urgencia o esfuerzo.
Si son parturientas o personas con disfunción sexual se recogeran igualmente habitos miccionales, infecciones asociadas, etc. La CONTINENCIA como indicador a alcanzar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Responsable de impartir clase de ejercicios de suelo pélvico: Helga Porquet Gracia con título de Reeducacion de suelo pélvico tipo pilates recibido en Colegio de Enfermería de Huesca de 30 horas por la matrona Francesca Santarelly del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La actividad consistirá en clase de 50 minutos semanal, serán 12 sesiones aproximadamente, el tratamiento es largo y continuo para integrarlo como hábito y evitar su fracaso.
El póster en los centros indicando lo saludable del asunto, la moda del pilates y dedicarse un rato a una misma como reclamo, y nuestra accesibilidad en los centros de Belber de Cinca, Alcolea de Cinca, Ontiñena Osso de

Proyecto: 2016_1489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Cinca y Albalate de Cina con acceso a información en las consultas de médico y enfermería, donde se explicaría el objetivo en concreto. Este 2017 daría comienzo el proyecto en Septiembre hasta final de año, se inicia con una sesión explicativa y se deciden el número de personas elegidas por patología y gravedad. Depende de la demanda, en consecuencia haríamos grupos, observaríamos predisposición
y unificariamos para que fuera un grupo con misma motivación, homogéneo en edad y patología.
Consiste en recoger datos en consulta individual con respuestas medibles con evidencia clínica tipo A para posteriormente hacer encuesta y valorar progresión.

9. OBSERVACIONES.
Es la primera vez que hago un proyecto formal, desde que hice el curso en el Colegio de Enfermería estoy muy concienciada, lo he comprovado en mi misma por algun porblema de incontinencia de esfuerzo y lo he puesto en marcha en mi consultoria de Ontiñena desde febrero, tengo 7 mujeres que han recibido la enseñanza y hay mejora, esto funciona si se hace constante dos veces por semana pero una vez que se integra se evidencia mejora clinica.
Si falta de aportar algun dato comunicarmelo a traves de mi correo. Gracias

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0574 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ALICIA GRACIA MONTOLIU
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EIZAGUERRI MATEO MARIA CELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PUY BARON ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BOIX ALOY CONSUELO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CAZCARRA JUSTE ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SOPENA NOGUERAS NURIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MAIRAL SANZ PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hay un perfil de usuarios que tienen dificultades para la asistencia presencial en el centro de salud, por motivos diversos, laborales, salud, frecuencia de consultas...Nuestro proyecto pretende facilitar la accesibilidad en usuarios con necesidad de consulta no presencial que cumpla los requisitos éticos para consulta telefónica. Familiar cuidador principal de paciente dependiente.
Requisitos éticos:
Que haya existido consulta presencial previamente.
No puede ser ofertada a todos los pacientes de forma generalizada, por las características de personalidad, factores sociales...
Aceptación de paciente y profesional a la consulta no presencial (consentimiento informado).
Que exista código de identificación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos de la Actividad:
Favorecer la accesibilidad de los usuarios a través de la consulta telefónica de sus procesos asistenciales que no requieren exploración clínica.
Optimizar la carga asistencial en las consultas de Atención Primaria.
Establecer procesos estandarizados de atención asistencial a través de medidas de organización y gestión de la consulta telefónica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Profesionales sanitarios y Servicio de Admisión.
Elaboración de flujograma del proceso.
Curso de formación a los profesionales implicados.
Carteles informativos del Servicio a los pacientes.
Adecuación de las agendas de los profesionales participantes.
Encuesta de satisfacción.
Captación, circuito, organización del proceso:
La captación se realizará mediante carteles informativos del nuevo Servicio.
Se ofertará a los pacientes individualmente por los profesionales de Admisión.
El circuito será el siguiente:
Verificar si cumple criterios de admisión.
Existencia de consentimiento informado y registrarlo en OMI. Tipo de consulta que solicita (Medicina, Enfermería, Pediatría, Matronas, Trabajadora Social, Odontología).
Comprobar si está el profesional asignado.
Citar en hueco CNP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes que utlizan esta servico. Objetivo 50 pacientes en el primer año.
Número de pacientes con CNP/ número de consentimientos informados. Objetivo 100%.
Grado de satisfacción del profesional con el proceso.
Evaluación sementral.
Realización de una sesión de formación: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de flujograma en diciembre.
Curso de formación a los profesionales en enero 2017.
Carteles informativos a los pacientes en febrero 2017.
Adecuación de las en febrero de 2017.

Proyecto: 2016_0574 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Encuesta de satisfaccion a los 6 meses de la implantacion con frecuencia semestral.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BADIA PLAYAN CARRODILLA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· GRAU PUEYO TRINIDAD. TCAE. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· DE LACRUZ ARNAL LUCIA. TCAE. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CARDIL FONZ EVA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En cada centro de salud del sector el carro de paros esta distribuido y organizado de forma diferente, no existe un protocolo para unificar criterios de organización. Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.
Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente.
También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de un grupo de trabajo
Implantación de un protocolo consensuado para todo el sector y colgarlo en intranet.
Inclusión progresiva de los centros de salud al programa
Unificar la organización/distribución del material el los carros de paros; así como el listado de stock mínimo
Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Creación de un grupo de trabajo
2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo
4- Presentación e información del protocolo a los diferentes centros del sector (gerencia)
5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
7- Evaluación – revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora que pudieran surgir

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Carros de paros unificados / Nº centros de Salud del Sector)
2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
3-Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación --información / Nº de centros de S. del Sector)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACIÓN DEL GRUPO DE MEJORA (1 MES)
2- ELABORACION DEL PROTOCOLO (2- 3 MESES)
3- PRESENTACION DEL PROTOCOLO A GERENCIA
4-SESIONES DE FORMACION /INFORMACION (3-6 MESES)
5- EVALUACION DE COMO SE HA IMPLANTADO EL PROTOCOLO EN LOS DIFERENTES CENTROS (GRADO DE ACEPTACION) AL AÑO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RCP
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0581 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

2. RESPONSABLE ..... MELITON BLASCO OLIETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· LUEZA LAMPURLANES CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ARIÑO ALDABO CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos analizado nuestros resultados en la atención del paciente EPOC, es evidente que existe un infradiagnóstico en nuestro Centro tenemos un 3.1% de pacientes diagnosticados siendo la prevalencia en Aragón del 10.4%. La espirometria es la prueba fundamental para diagnosticar a estos pacientes, las dificultades en su realización y la participación activa del apciente, junto a la preparacion para la prueba, interpretación y registro en OMI son un cúmiulo de obstaculos que contribuyen al infradiagnostico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumento del diagnóstico del paciente EPOC.
Mejorar la intervención de deshabituación tabáquica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión de formación de diagnostico de EPOC y registro de espirometrías en OMI
Sesión formación de enfermería en calidad de esperimotrías
Sesión de formación de deshabituación tabáquica.
En consulta de medicina y enfermería mediante la investigación del hábito tabáquico, se solicitará espirometría con instrucciones al paciente para la realización de la prueba
Se citará al paciente en consulta programada de medicina para resultado de espirometría, registro en OMI e intervención tabáquica.
La intervención tabáquica también se puede realizar en consulta de enfermería y derivar a medicina si el Riscmon es mayor de 6p.
Pacientes >de 45 años fumadores o exfumadores.
Pacientes >14años se investigará hábito tabáquico
Pacientes sintomáticos con aumento de disnea, espectoración o/y bronquitis de repetición>2 episodios/año
Pacientes con riesgo laboral EPOC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Aumentar el diagnóstico EPOC hasta un 6%.
Espirometrías registradas en OMI / Total de espirometrías realizadas
Paciente con espirometría realizada tenga intervención tabaquica/Total de espirometrías realizadas.
La evaluación se realizará semestralmente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión de formación EPOC y registro en OMI de espirometrias. Noviembre 2016.
Sesión de formación calidad de espirometrias. Noviembre 2016.
Sesión formación deshabituación tabaquica. Diciembre 2016.
Evaluacion de los indicadores semestralmente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EPOC
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0711 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... SIRA MAESTRE SANTOLARIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MIRANDA OLIVAR TRINIDAD. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO ACIN ARANCHA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· SALAS GUIRAL PAZ. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· VISTUE TORNIL BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· FORNIES LACOSTA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MELER PARACHE GRACIELA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos analizado los datos de cartera de servicios, detectamos bajos resultados en la exploración del pie diabeto. El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones.
La mayoría de las personas con pie diabético presentan enfermedad arterial periférica. La isquemia y la infección pueden estar presentes también.La neuropatía es una complicación microvascular que produce pérdida de sensibilidad en el pie, favoreciendo deformidades, una presión anormal, heridas y úlceras.
Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con una adecuada estrategia que comprenda cribado, clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento.
Todos estas complicaciones pueden ser modificadas y prevenibles, por eso pensamos que es importante aumentar la cobertura de esta exploracion para cuantificar el riesgo.
La guía NICE recomienda realizar el cribado del pie diabetico a pacientes ambulatorios con DM2 para identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar de la cobertura en la exploración del pie diabético.
Identificar los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.
Valoración del riesgo del pie diabetico .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Población diana :Paciente diagnosticado de diabetes tipo 2.
Captación en Consulta de Medicina y Enfermería.
El paciente es citado en consulta programada de enfermería .
Se identifican factores de riesgo : Tabaco, enfermedades cardiovasculares, evolución y control de la diabetes, neuropatías, problemas locales en los pies.
Exploración: Palpación de pulsos periféricos, monofilamento, diapasón, doppler en ausencia de pulsos palpables
Clasificación del riesgo: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto, pie ulcerado.
Personal de enfermería y medicina .
Material necesario para una correcta exploración.
Sesiones formación 1 semestral.
Protocolo anexo I

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de exploraciones de pie diabético/ nº de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Objetivo 50%.
Nº de exploraciones de pie en las que se identifican factores de riesgo/nº total de exploraciones
Nº de exploraciones en las que haya valoración del riesgo / nº total de exploraciones . Objetivo 75%
Realización de dos sesiones de formación.
Evaluación semestral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluación semestral de los indicadores.
Elaboración de protocolo noviembre 2016
sesiones de formación diciembre 2016 y junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0711 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

Proyecto: 2016_0970 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION DE LA MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ELISA TORRES CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUERTOLAS MAYAYO ROSA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CARRILLO JUAN. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ACIN GARCIA SANTIAGO. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· PIÑOL JANE ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BUERA BROTO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BADIA PLAYAN CARRODILLA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbimortalidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP). La clasificación de los pacientes como hipertensos tiene importantes repercusiones sobre su vida. La presión arterial (PA), es una variable biológica que experimenta fluctuaciones a lo largo de las 24 horas dependiendo del período de actividad/descanso (ritmo circadiano o nictameral). En la HTA estas oscilaciones pueden hacerse más ostensibles, y a veces no predecibles, lo que hace muy útil conocer el perfil de estas modificaciones para un mejor diagnóstico, para establecer el pronóstico y asegurar un adecuado tratamiento de cada paciente. La MAPA es una de las técnicas disponibles actualmente para el diagnóstico y control de la PA, ha demostrado ser mejor predictor de morbimortalidad cardiovascular, consiste en la realización de múltiples medidas fuera de la consulta, durante un periodo de 24-48 horas, en las que el individuo realiza, la actividad física y laboral habitual. Permite identificar a los pacientes con HTA con fenómeno de bata blanca, demuestra la presencia de HTA nocturna y observar la variabilidad de la PA y la eficacia de los tratamientos durante 24 horas Hoy en día, las diferentes sociedades científicas incluyen a la MAPA en la evaluación y manejo del paciente hipertenso (NICE, 2011; Hermida RC, 2013; O'Brien E, 2013; Hackam DG, 2013).
Los pacientes en los que está indicada la realización de MAPA tienen que ser enviados al hospital.
Actualmente en el Centro de Salud hay profesionales con formación (FOCUSS) para poder realizar la prueba en AP.
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
• Disminuir la la morbimortalidad cardiovascular
• Disminuir tiempos de espera. Evitar tener que derivar al hospital para realizar la MAPA
• Mejora de la seguridad del paciente
1. Sobre los profesionales
• Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes para todos los profesionales del EAP.
2. Sobre la organización / recursos económicos
• Mejorar la capacidad de resolución de atención primaria.
• El proyecto tiene como objetivo introducir en nuestro centro de salud la exploración de la MAPA (motorización ambulatoria de la presión arterial).
Nuestro centro de salud esta dotado de monitor MAPA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Implantación progresiva de la MAPA, en nuestro centro de salud para el diagnostico y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial .
• Definir el flujograma para la realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.
• Realización de protocolo consensuado para la priorización de pacientes y acciones posteriores. Aunque idealmente sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de todos los hipertensos incluso de todos los individuos de alto riesgo vascular, esta medida probablemente no sea coste/efectiva al menos de momento, por lo que existen una serie de indicaciones internacionalmente admitidas:
? Hipertensión de "bata blanca" y efecto bata blanca.
? Hipertensión refractaria.
? Síntomas de hipotensión con tratamiento antihipertensivo.
? Valoración de necesidad de modificación terapéutica (*)
? Hipertensión episódica (*)
? Disfunción autónoma (diabetes) (*)
? Hipertensión oculta (fenómeno de bata blanca inverso)
(*): Indicaciones no admitidas universalmente. el registro de 24 horas tiene una reproducibilidad aceptable y ha demostrado que tiene un mayor valor pronóstico que la PA en clínica. Es la mas habitualmente utilizada en clínica y en estudios de investigación, excepto por algún grupo con amplia experiencia .
Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesiones de formación
- Definir flujogramas
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet

Proyecto: 2016_0970 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION DE LA MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

? Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora
- La implantación de la MAPA, seria un servicio nuevo en nuestro centro de salud para lo cual se creará consulta especifica MAPA, con agenda independiente.
? Adiestramiento de enfermería para las instrucciones al paciente, colocación y retirada.
? Formación profesionales de medicina para lectura, interpretación y análisis de los datos.
- Difusión en el EAP. Sesión de formación
- Implantación progresiva en otros centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
% de pacientes derivados a consulta que no se ajustan a protocolo Indicadores clínicos:
% de pacientes con diferencias entre presión diurna y nocturna
% de pacientes con fenómeno bata blanca.
% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesiones de formación primer trimestre 2017.
- Aprobar el protocolo y difusión en EAP primer trimestre 2017
- Definir flujogramas .
-Crear agenda y consulta especifica de medicina y enfermería segundo trimestre de 2017.
Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora semestralmente.
- Implantación progresiva en varios centros de salud segundo semestre 2018.

? ?
?
?

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1550 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ARNAL TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO ACIN ARANCHA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Justificación de la actividad comunitaria: Los últimos estudios del 2015 realizados por el Ministerio de Sanidad demuestran que la Disfagia Orofaringea afecta a un 84% de las personas con Alzheimer, 50% de los pacientes con PARKINSON y entre un 10%-30% de los pacientes tras sufrir un ICTUS. Así como dichos estudios indican que entre un 40 %-50% de nuestros ancianos presentaran PRESBIFAGIA (disfagia por el proceso de envejecimiento).
Ámbito de aplicación: Programa piloto: Residencia de Estadilla, la cual cuenta con 68 residentes y un 25% -30% de pacientes con prescripción de espesante.
Nuestra meta es conseguir con este programa piloto en dicha residencia que las personas con disfagia orofaríngea reciban una alimentación EFICAZ Y SEGURA disminuyendo las complicaciones e ingresos hospitalarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.
Cuidadores de residencias (auxiliares de enfermería, gerocultoras, familiares.

Objetivos de la Actividad:
1- Identificar los grupos de riesgo y los principales signos y síntomas de disfagia en ancianos institucionalizados
2- Detectar precozmente la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo.
3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en disfagia orofaríngea.
4. Disminución ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIÓN .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.
Si sospecha disfagia por síntomas de alerta se realiza cribado por parte de enfermera de AP (Anexo I). Se cita al paciente con el médico de familia para ínter -consulta con geriatría (realización test de disfagia).Tras el diagnóstico se incluirá al paciente programa piloto de cuidados específicos en residente con disfagia orofaríngea,realizados por el personal cuidador de la residencia.

Se realizaran las siguientes actividades de formación para cuidadores de residencia:
Taller de abordaje en persona con disfagiaorofaringea: signos y síntomas de alerta cuidados específicos y tratamiento individualizado.
Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.
Recordatorio del taller pasados tres meses. Se pasara test de conocimiento antes del taller y posterior a los tres meses.
Recordatorio test (ANEXO II)
Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:
Enfermeras del Centro de Salud de Barbastro: Ana Mª Arnal Torres, Arancha Pueyo Acín, Noemí Valdovinos Fernández.
Cuidadores de residencia.
Materiales didácticos: Guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARíNGUEA.
Listado de registro de pacientes incluidos en dicho programa (Anexo III)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de pacientes hospitalizados por causa relaccionada con la disfagia/Nª de pacientes comn disfagia en la residencia.
-Nº de cuidadores aistentes al curso (proporción)
-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)
-Nº de cuidadores a los que pasados 3 meses de la formación, han obtenido la calificación de medio ó alta(tes de conocimiento de disfagia)/ Nº de cuidadores que han realizado el curso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:
--Se empezará por detectar la prevalencia de pacientes con Disfagia en la resicencia.

Proyecto: 2016_1550 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

-Presentación del Proyecto al equipo
-Captación de cuidadores y familiares implicados con las comidas de los pacientes en la residencia.
-Se pasará el Tes de conocimiento de Disfagia, seguidamente de impartirta el taller.
-Pasados tres meses en enero de 2018 se vlvera a pasar el tes de concimiento y se volvera a realizar el taller de recuerdo.
-Evaluación de resultados.
-En el segundo semestre de 2018, se realizará el taller en dos residencias de Barbastro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIOENTES CON EPOC

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BADIA PLAYAN CARRODILLA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. EAP BARBASTRO
· CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. EAP BARBASTRO
· VISTUE TORNIL BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. EAP BARBASTRO
· FORNIES LACOSTA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. EAP BARBASTRO
· BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO. EAP BARBASTRO
· ARIÑO ALDABO CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. EAP BARBASTRO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el cuidado de su enfermedad.
Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.
A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GENERAL
Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:
Pacientes con diagnostico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometria con FEV1< 70 con broncodilatación).
Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
METODOLOGIA
1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción…) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES
1- Nº de profesionales asistentes al taller/ Nº de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores,
Nº de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ Nº total de pacientes incluidos

Proyecto: 2016_1553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIOENTES CON EPOC

en el programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CRONOGRAMA:
El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartiéndose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)
1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES
2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO
Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017
3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA
4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.
5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre-diciembre del 2017
6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMARIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC
7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: EPOC

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN FUERTES JOSE JAVIER. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO ENRIQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE AGUILAR IGNACIO. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· MUR MURO MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Necesidad de impartir educación sanitaria en la población respecto a las patologías mas prevalentes y en urgencias.
Decidido por consenso del EAP.
Estrategia de intervención comunitaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promoción hábitos saludables en la comunidad.
Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos dependientes.
Difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios.
Educación a grupos de pacientes crónicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos.
Charlas participativas desarrolladas a lo largo del año.
Locales habilitados en colegio, ayuntamiento, centro de salud...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de, al menos, 4 actividades en relación a lo expuesto a lo largo del año.
Encuestas de opinión (valoración de los asistentes, valoración personal docente…)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A realizar durante el año.
Comunicar en Consejo de Salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologias crónicas, urgencias...
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1579 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA CASTRO CUBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CODINA MARCET MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO ENRIQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· MUZAS BERGES PAZ. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE AGUILAR IGNACIO. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Maletines de urgencias susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro de salud.
Necesidad detectada de talleres de "refresco" periódicos respecto al material existente y su utilización en situaciónes de urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estado de los maletines de urgencias y de su contenido siempre en perfecto estado para su uso.
Personal sanitario del centro de salud entrenado para su manejo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de los maletines con periodicidad mensual por responsable designado de acuerdo al PO establecido.
Taller semestral de "refresco" en el manejo de los maletines y su contenido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración anual hojas de registro de actividades establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.
Hojas de registro de asistencia a talleres de "refresco" cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atencion a la urgencia fuera del centro de salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1584 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DABETICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VENTURA SAURA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· CASTRO CUBERO ROSA MARIA. MEDICO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE AGUILAR IGNACIO. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA CALVER MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO INSTRUYENDO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABETICO TANTO AL PROPIO PACIENTE COMO AL PERSONAL SANITARIO RESPONSABLE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ADIESTRAR AL PACIENTE EN LA DETECCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD "PIE DIABETICO".
EVITAR COMPLICACIONES "PIE DIABETICO".
EVITAR AMPUTACIONES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PACIENTES CON EPISODIO DE DM ABIERTO EN OMI SERAN CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR MEDICINA Y ENFERMERIA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA.
INSPECCION PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)
VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, Tª, SENSIBILIDAD, REFLEJOS)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ANUAL: CUMPLIMIENTO AL 80 % DE PACIENTES CON EPISODIO DE DM.
-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.
-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
VALORACION ANUAL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1464 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

2. RESPONSABLE ..... SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBANO RIVARES MARIA JESUS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PABLO GIMENO INMACULADA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SALINAS GISTAU ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BORRUEL CALZADA TERESA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO MORATA CARLOS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.
Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos,en reunión de equipo se decidio realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MONTERO MORATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUAREZ GRACIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· LAPLAZA ARA SONIA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· SALINAS GISTAU ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CALVO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes
(objetivo > 75%)
4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografia de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PABLO GIMENO INMACULADA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· ALBANO RIVARES MARIA JESUS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· RAMON CASANOVA RICARDO. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· LAPLAZA ARA SONIA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO MORATA CARLOS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CALVO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual .
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Proyecto: 2016_0716 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SEXUAL, PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y DE EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· MIRALBES TERRAZA SHEILA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ GALLEGO MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· SANZ PUERTOLAS PATRICIA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La edad a la que los jóvenes inician las relaciones sexuales ha ido disminuyendo en los ultimos años, siendo menor en España que en otros países europeos. Desde la Unidad de Pediatría del Centro de Salud de Binéfar hemos detectado una falta de información en distintos aspectos relacionados con la sexualidad como los riesgos y beneficios de los diferentes métodos anticoceptivos, o información sobre las enfermedades de transmisión sexual. Además, dadas las dificultades de comunicación de los adolescentes con los adultos sobre temas de sexualidad, esta información en la mayoría de casos es facilitada por amigos de su entorno, lo que supone que en muchas ocasiones sea errónea o conlleve una falta de percepción de los riesgos.
El sistema sanitario debería proporcionar una información veraz sobre los distintos aspectos de la sexualidad a la población de riesgo. La consulta diaria es un ambiente donde los padres acompañan al adolescente, siendo un motivo para que los jovenes no transmitan una información fiable al profesional ni expongan sus dudas o inquietudes espontáneamente, lo que se suma a la dificultad de la revisión programada de los 14 años donde el tiempo es insuficiente y las condiciones inadecuadas para abordar el tema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la información recibida sobre sexualidad en edades de riesgo.
- Disminuir los embarazos no deseados.
- Disminuir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual entre adolescentes.
- Formación en el uso y elección de métodos anticoceptivos.
- Prevención del abuso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dirigido a todos los alummnos de 2º de E.S.O del instituto público "Víctor Mendoza" de Binéfar:
- Creación de una plataforma en red donde los jóvenes nos hagan llegar sus dudas e inquietudes sobre sexualidad. (Responsable: Sheila Miralbés)
- Coordinación con el centro educativo para programar las sesiones, y su difusión entre la población diana. (Responsable: Alicia Alquézar).
- Elaboración de sesiones formativas qu resondan a las preguntas planteadas en la plataforma online. (Responsable: Elena Janer).
- Sesiones informativas a los adolescentes del instituto sobre "Sexualidad". (Responsable: unidad de pediatría).
- Creación de un "Buzón de dudas" mediante un correo electrónico donde los adolescentes puedan plantear dudas a posteriori, que serán respondidas desde el Equipo de Pediatría. (Responsable: unidad de pediatría).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Aceptación de la plataforma online: 20% de participación del total de alumnos.
- Nº asistentes / nº total de alumnos de 2º ESO: 75%.
- Encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Junio, julio y agosto 2015: creación del grupo de trabajo y elaboración de las sesiones.
- Septiembre 2015: creación y apertura de la plataforma online, e inicio de envíos de sugerencias.
- Octubre-noviembre 2015: programacion de 5 sesiones informativas de una hora de duración.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0727 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

2. RESPONSABLE ..... SHEILA MIRALBES TERRAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JANER SUBIAS ELENA. PEDIATRA. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· SUBIRADA CASASNOVAS ROSA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbacioones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en ultimo año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0727 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1461 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en “saludinforma” ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
• A través de Internet, en www.saludinforma.es
• Mediante la APP “saludinforma”
Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
• La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
• La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.
El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
• Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
• Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
• Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
• Número de casillas “autoriza comunicación por SMS” marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
• Número de PIN generados en BDU.
• Número de citas dadas en OMI con la clave “web”
Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.
SITUACIÓN DE PARTIDA:
PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

Casilla “SMS” activada:

CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q	1
1001130102V	39
1001130103H	45
1001130104L	0
1001130105C	43
1001130201R	32

Citas dadas por “web”**

CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:		2460			
1001130104L: 492					

Proyecto: 2016_1461 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C: 1476
**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones “web” de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.
El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no está relacionado con patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1474 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA ESPIER LLORENS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUELLO RIVAS M CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GRASA CORTINA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TAMBORERO SAYOS MONSERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCES ABADIAS PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAPORTA ANTON ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.).
Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
- Implementar las novedades en procesos administrativos.
- Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
- Primeros auxilios para personal no sanitario
- Eliminación del uso de fax para pedir citas.
- Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
- Seguimiento del absentismo en A Especializada
- Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
- Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
- Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.
En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y P0-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en la citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- P0-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1474 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
3er. trimestre: Reunión AP-AE
4º trimestre: Actualización PO-08

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ NOGUERO NIEVES. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MAULEON PELLON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· CLAVERO PEREZ MANUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación.
Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención.
Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados.
Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores.
Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar.
Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO LARDIES ASUNCION. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MORET MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· FRANCH FERRER MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· ALVARED NOGUERO NIEVES. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ MELIZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación inprescindible para cumplir su función
Organizacion y distribucion del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clinica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duracion: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

9. OBSERVACIONES.
Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atencion Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

10. OTRO ENFOQUE. Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencia Vital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0487 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA INDICADOR COMPLEJIDAD ACG

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCO ANGUSTO REYES. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PALLAS COTS BLANCA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SANJUAN GEMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El índice ACG (Ambulatory Care Groups) es un sistema de clasificación de pacientes que mide la carga de morbilidad de la población, en función de edad, sexo y patología atendida en Atención Primaria.A partir de cada índice ACG de todos los pacientes asignados a un cupo, EAP y sector, se calcula el índice promedio correspondiente.En la evaluación del 2015 el C.S.de Castejón de Sos obtuvo un resultado de 1.04, el más bajo del Sector, siendo la media de 1.21, siendo incomprensible por el tipo d epoblación que atendemos, envejecida y con pluripatologias.El análisis del problema nos llevo a la conclusión de que los episodios en OMI no están correctamente abiertos, lo que tiene consecuencias en la atención a nuestros pacientes, el seguimiento de los mismos por otros profesionales y la influencia negativa en otro indicador:Tasa ajustada de derivaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar los registros en la historia clínica de Atención Primaria
-Implicar a los profesionales del centro en una correcta cumplimentación de los episodios en OMI.
-Actualización episodios.
-Cierre episodios audos abiertos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Sesión clínica con los profesionales implicados.Responsable de calidad
-revisar episodios tanto en pacientes a demanda como programada.
-Cerrar episodios abiertos indevidamente
-Identificación correcta de los episodios con la codificación CIE correcta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indice complejidad ACG > 1.04-se obtiene por el sistema ACG (DGPA) en los cortes cuatrimestrales de Cartera de Servicios.
-nº de profesionales médicina del EAP con indice ACG>1.04 / nº profesionales medicina EAP _> 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE 2016-OCTUBRE 2017
SESION CLINICA:OCTUBRE-ENERO
CONTROLES INDICE CUATRIMESTRALES

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. REGISTRO H.C.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0698 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYUELO LARDIES ASUNCION. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MORED MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MAULEON PELLON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASAS AGUSTENCH NURIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La posibilidad de que una persona con diabetes
desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de
entre el 15% y el 25%.
Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.
Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabetico trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO
MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO
DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA
IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabetico,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabetico y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.
REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE
(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

Proyecto: 2016_1043 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA ESPIER LLORENS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN PEREZ MONTSERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCIA BELLO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO ANGUSTO REYES. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PALLAS COTS BLANCA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1. Dificultad de determinados usuarios para acceder a consulta médica por coincidir ésta con su horario laboral o implicar desplazamientos considerables.
2. Interrupciones de la consulta para atender llamadas de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Facilitar acceso a consulta presencial estableciendo huecos a las 9 h. para ser ocupados por usuarios que no pueden acudir a otras horas.
2. Evitar la interrupción de la consulta creando huecos en las agendas para atender la demanda no presencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Agendas de omi:
1. Creación de un hueco de demanda (con situación "indemorable") a las 9h. en los dias que otras actividades lo permitan (reunión de Equipo, domicilios, citas programadas,...)
2. Creación de 3 huecos hacia el final de la mañana con acto dnp (demanda no presencial)
Procedimiento de cita:
1. Utillizar el hueco de las 9h. para usuarios a los que les sea imposible acudir a otra hora de las ofertadas en las agendas.
2. Citar en hueco "dnp" a los usuarios que deseen contactar telefónicamente con su médico, poniendo en "observaciones" el numero de teléfono al quedebemos llamar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Num. Huecos usados demanda indemorable/Num. De huecos creados como demanda indemorable

Num. Huecos usados con acto DNP / Num. Huecos creados DNP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Modificacion de agendas: 31-10-2016

31-03-2017 evaluación de resultados.
30-06-2017 evaluación de resultados.
30-09-2017 evaluación de resultados.
30-12-2017evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLAVERO PEREZ MANUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ MELIZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA SANJUAN GEMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos “admin” en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto “extra”: DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al “no acudió”). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes “admin.”
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar el circuito.
Finalización: Mayo 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Proyecto: 2016_1408 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
.Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
.Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
.Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
.Familiarizarse con el DESA y su manejo..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
-Preparar presentaciones teóricas.
-Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
-Pasar test pre y pos formación.
-Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaría

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
-Nº de talleres = o > 1
-Aumento de la puntuación de los participantes en el test,tras la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero-Diciembre 2017
Consejo de salud:mayo-junio 2017
Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
Cursos de RCP Básica: 3 horas
Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0165 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

2. RESPONSABLE ..... NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BITRIAN AISA PILAR. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE PALACIN CARMEN. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa.
En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de 10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbimortalidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes.
Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.
Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.
Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.
Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
OBJETIVO GENERAL
Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
• Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
• Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
• Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
• Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
• Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopia.
• Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
• Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención
• Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
• Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
• Test manejo de inhaladores post intervención – test pre intervención
• Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
• Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención
• Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención – número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención
Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0165 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.
2º y 4º trimestre realización de la intervención.
1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0637 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARESTE ALBA NURIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CALDERO SANTIAGO LIDIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASAS SORO SILVIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AYUDAN PEIRON BELEN. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos (electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasao.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Proyecto: 2016_0637 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_0758 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLEMENTE JIMENEZ SILVIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· ALBAS MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· ELIAS VILLANUEVA ESTHER. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· PORTOLES CAMBREDO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· CALDERO SANTIAGO LIDIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.
Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales.
Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial.
Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente

• Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios

• Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)

• Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto

• Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0758 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0770 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CENTRO DE SALUD FRAGA. COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ PEÑA CORALIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CASAUS CALAVIA VIRGINIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. ENFERMERIA
· PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. ENFERMERIA
· GARCIA SANCHEZ SILVIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· PORTOLES CAMBREDO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las metrorragias son el motivo de la mayoría de interconsultas realizadas desde Atención Primaria a Ginecología, suponiendo en el mes de septiembre el 47% de los motivos de derivación en el C.S. Bajo Cinca. La metrorragia se define como sangrado procedente de la cavidad uterina, entre periodos menstruales, en cantidad y duración variables y sin relación con el ciclo menstrual (Muxi C, 2009; Fraser IS, 2011). Se realiza búsqueda de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Uterine Hemorrhage, Metrorrhagia y Primary Health Care (28/9/16), para posterior lanzamiento de búsquedas bibliográfica encontrando en la actualidad escasos datos relativos a la frecuencia de consulta en Atención Primaria. En 57 artículos extraídos, sólo M. Shapley y colaboradores 2004, estudian la presencia de estos síntomas en mujeres de 18 a 54 años: menorragia 25% (IC: 22-29); cambios en patrón del ciclo 29% (IC: 26-32); ciclos más cortos 21% (IC: 19-24); ciclos más largos 15% (IC: 13-18); sangrado intermenstrual 17% (IC: 14-19); sangrado postcoital 6% (IC: 5-8); periodo prolongado 9% (IC: 7-11). Por otro lado, en nuestro quehacer diario suponen una de las causas más habituales de derivación a las consultas de ginecología. Se estima una incidencia de sangrado uterino anormal entre 11-13% y va aumentando con la edad hasta el 24% entre 36-40 años (Marret H 2010).
Entre las causas que explican la etiología de las metrorragias están las orgánicas (miomas, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales); las iatrogénicas (spooting por anticoncepción hormonal); las disfuncionales, ya sean con ovulación o con anovulación, siendo éstas últimas las más frecuentes en la perimenopausia y pubertad; y las metrorragias postmenopaúsicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El presente proyecto trata de establecer unas pautas de diagnóstico y actuación ante la mujer que acude a la consulta de atención primaria por metrorragia, estableciendo unos criterios claros de coordinación y derivación a Atención Especializada, si precisa. Para ello, se contemplan los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL
- Mejorar la atención a las pacientes que presenten esta patología

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Conocer la incidencia de metrorragias en Atención Primaria.
- Elaborar una guía práctica sobre manejo de metrorragias en Atención Primaria coordinada y consensuada con Atención Especializada.
- Mejorar la calidad de vida de las pacientes afectas.
- Disminuir la lista de espera.
- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mejorar la eficiencia en la atención a metrorragias.
- Adecuación de la derivación de Atención Primaria a Especializada en metrorragias.
- Disminuir los tiempos de espera para mujeres que realmente necesiten Atención Especializada prioritaria.
- Disminuir la derivación a servicios de urgencias de mujeres con metrorragias susceptibles de ser tratadas en consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Crear un equipo de trabajo
- Fomentar la formación de los médicos de atención primaria
- Revisar protocolos sobre metrorragias y elaborar uno adecuado y adaptado a nuestro centro
- Establecer circuito asistencial
- Elaborar un sistema de registro de datos referentes a metrorragias para evaluación del proyecto
- Monitorizar el número de derivaciones por esta patología a Atención Especializada y servicios de urgencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de mujeres que consultan en Atención Primaria por metrorragia
- Disminución del porcentaje en % de éstas que son derivadas a Atención Especializada
- Mejoría de la adecuación de la derivación a consulta de Atención Especializada de acuerdo a la prioridad (normal o preferente) en %
- Porcentaje de mujeres que llegan a Ginecología con hemograma realizado.

Proyecto: 2016_0770 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CENTRO DE SALUD FRAGA. COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recogida de datos de incidencia de metrorragias en Atención Primaria: Octubre 2016.
Recogida de datos de derivaciones realizadas a Atención Especializada: Septiembre-Octubre 2016.
Reunión del equipo, organización y reparto de tareas: Noviembre 2016
Elaboración de la guía y establecimiento de circuitos de derivación: Noviembre-Diciembre 2016
Presentación al resto del equipo de Atención Primaria en Diciembre 2017
Evaluación en Diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0740 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION, TRATAMIENTO Y DERIVACION DE NIÑOS ENURETICOS DE 6 AÑOS TRAS EL USO DE LA GUIA DEL 2014 SOBRE ENURESIS PUBLICADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIANO DIESTE MARCIAL
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELIAS VILLANUEVA ESTHER. PEDIATRA. CS FRAGA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DE DIOS JAVIERRE BARBARA. PEDIATRA. CS FRAGA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑ CASTILLO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS FRAGA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ROYES SATORRES ALICIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Enuresis es la eliminación nocturna de orina de manera involuntaria en un niño sin otras enfermedades nefrourológicas y a una edad en la que cabe esperar un control voluntario de la micción (se estima 5 años aunque hay controversia)
En el año 2014 la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) publicó una Guía de Práctica clínica para el Manejo y Diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil.
Aunque todavía no se ha establecido la influencia de la genética en dicho transtorno, son frecuentes los antecedentes enuréticos de sus padres, lo que hace que esté infradiagnosticada (la prevalencia es del 10% a los 6 años) porque no le otorgan la importancia que deberían, pues como ellos dicen “a mi se me paso sólo”
Está demostrado el efecto perjudicial de la enuresis prolongada sobre su autoestima, con problemas de inseguridad, miedos y dificultades de relación.
Es en la revisión de los 6 años el momento de insistir en los hábitos miccionales para diagnosticarlo precozmente, detectar si hay afectación psicológica, valorar el tratamiento y en caso de necesario optimizar las vías de derivación para ser valorado por el especialista.
Revisando nuestros registros de Enuresis a los 6años detectamos menor prevalencia de la estimada; éste ha sido el factor principal para realizar nuestro programa de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar los niños de 6 años con enuresis, con ello aumentará la prevalencia, el numero de niños tratados y de derivaciones de enuréticos con síntomas urinarios diurnos puesto que esto sugiere una enuresis nocturna no monosintomatica o complicada.

Detectar factores asociados claves para el pronostico de la resolución:
-Antecedentes en familiares de primer grado
-Poliuria nocturna
-Alteración en el mecanismo de despertar.
-Capacidad vesical disminuida: en este caso no suelen responder bien a la desmopresina.
-Hiperactividad vesical: Niños con contracciones involuntarias del detrusor, que tienen frecuentes escapes nocturnos y micciones durante el día. Responden mal a la desmopresina.
-Estreñimiento y encopresis: relacionado con hiperactividad del detrusor.
-Sindrome de Apneas obstructiva del sueño: Hay revisiones donde el 47% de los niños son SAOS presentaban enuresis
-Transtorno de deficit de atención con hiperactividad. Existen publicaciones donde pacientes con TDAH tienen un riesgo seis veces mayor de padecer enuresis
-Life events: Situaciones estresantes como fallecimientos, divorcios o bulling pueden originar una enuresis secundaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión de todo el Servicio de Pediatría de nuestro Centro de Salud para unificar criterios, repaso de la Guía de Práctica clínica para el Manejo y Diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil publicada en el año 2014 por la SEPEAP.
Puesta en común de la metodología a seguir y elaboración de la encuesta que entregaremos en la revisión de los seis años, para detectar los casos de enuresis y los factores asociados a la misma.

Entregaremos a todos los niños de 6 años durante la revisión una encuesta específica sobre la enuresis, hábitos miccionales y factores asociados a dicha enfermedad.
En dicha encuesta se preguntará por la presencia de micción nocturna más de 1 vez al mes (según recomendación de criterios diagnósticos por la OMS ICD-10) y cuantas noches mojadas presenta a la semana (se entregará un diario miccional con dibujos de nubes y soles)
Caso afirmativo se preguntará por
Antecedentes personales
Antecedentes en familiares de primer grado de enuresis y litiasis
Presencia durante el día de micciones involuntarias o pequeños escapes.
Cantidad de liquido bebe durante y después de cenar
Presencia de estreñimiento
Presencia de ronquidos nocturnos o pausas de apneas.

Proyecto: 2016_0740 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION, TRATAMIENTO Y DERIVACION DE NIÑOS ENURETICOS DE 6 AÑOS TRAS EL USO DE LA GUIA DEL 2014 SOBRE ENURESIS PUBLICADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA

Alteraciones de la conducta
La enuresis es desde siempre, o ha controlado la micción anteriormente?
Frecuencia de micciones al día.
Cantidad de la micción
Posibles situaciones estresantes

Se registrará en OMI-AP el episodio de enuresis, con los datos más relevantes y se decidirá la actitud correcta, valorando la necesidad de tratamiento y la remisión al especialista. Revaluación a los 3 meses.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al año realizaremos un análisis descriptivo de los resultados obtenidos valorando:
Niños con enuresis detectados
Prevalencia de la enuresis
Proporción de niños con factores asociados
Niños tratados y tipo de tratamiento
Eficacia de los tratamiento instaurados valorando % de noches secas
Remisiones al especialista

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: El 1 de Enero del 2017, todos los niños en la revisión de 6 años entrarán a formar parte de la muestra para este Proyecto de mejora de calidad.
Fecha de finalización: El 1 de Enero del 2018
Reunión del equipo de pediatría al inicio del proyecto para repasar conceptos y consensuar criterios; posteriormente con el resto del equipo para explicar el Proyecto.
Recogida de datos: Del 1 de Enero del 2017 hasta 31 de Dic 2017
Análisis de resultados en Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0022 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA. FISIOTERAPEUTA. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de incontinencia urinaria (IU) en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente su calidad de vida, ya que reduce su autoestima, merma su autonomía e influye en la esfera de las relaciones sociales.
La IUE se define como la pérdida súbita e involuntaria de orina asociada a cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal. Esto provoca que la presión intravesical aumente y supere a la presión del sistema esfinteriano uretral, en ausencia de contracción del detrusor.
La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir: la “deficiencia esfinteriana intrínseca” y la uretra “hipermóvil”, en la que los elementos de sostén de la uretra (entre ellos el suelo pélvico) están debilitados.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Prestar atención sanitaria a la mujer que presenta IUE y cuyo médico de referencia se sitúe en los CS de Graus y Castejón de Sos, con objeto de mejorar su situación clínica y prevenir complicaciones futuras, mejorando así su calidad de vida de forma integral.
- El objetivo se centrará en intentar resolver el problema de su IUE a través de las intervenciones necesarias, tanto asistenciales como de educación sanitaria, con los recursos disponibles en la zona de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Identificar y captar a las mujeres que presentan IUE en las zonas de salud de referencia.
- Proporcionar una asistencia de buena calidad, centrada básicamente en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, integrando patrones posturales, motrices y respiratorios adecuados en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Fomentar la autosuficiencia y el autocuidado.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
-Elaboración y puesta en marcha de un programa multidisciplinar (matrona-fisioterapeuta) de entrenamiento de suelo pélvico (ESP) en mujeres con IUE
-Establecer los criterios de inclusión y exclusión en el programa de ESP.
-Definir las actividades a realizar, tanto asistenciales como de educación sanitaria, quién las lleva a cabo, cuándo y de qué forma. Establecer un cronograma de actividades.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
-Presentación del programa multidisciplinar de ESP en sesiones clínicas
-Número de usuarias incluídas/excluídas en el programa. (para ello habría que realizar alguna adaptación en OMI para poder realizar esta búsqueda).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Elaboración del programa multidisciplinar de ESP. Primer trimestre
-Presentación del programa en los EAP. Segundo trimestre
-Puesta en marcha del programa. Tercer trimestre
-Evaluación. Cuarto trimestre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada

Proyecto: 2016_0022 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

3. Mejorar utilización de recursos. ..... 1 Nada
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0082 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

2. RESPONSABLE ..... GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUAL PLANAS MONTSERRAT. FISIOTERAPEUTA. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· MAGAZ MONTANER RAQUEL. FISIOTERAPEUTA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARTI JARNE FERNANDO. FISIOTERAPEUTA. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:
-No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
-Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
-Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
* En cuanto a los usuarios:
- Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
- Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
* En cuanto a los profesionales:
- Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
* En cuanto a la organización/recursos económicos:
- Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0082 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Proyecto: 2016_1418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUR TORRES SARA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BOSCH ALCOLEA ELISABETH. MATRONA. CS GRAUS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Partimos de la existencia de un grupo de lactancia en nuestro centro desde hace varios años, el cual se reúne esporádicamente, dirigido por la matrona, en el que se resuelven consultas sobre lactancia materna exclusivamente. Durante el primer año de vida de un niño, la demanda generada en consultas de pediatría por patologías banales y consultas sobre actividades preventivas y de promoción de la salud es numerosa, así como también lo son las consultas a la matrona sobre lactancia y cuidados tras el embarazo.
Se decide ampliar el grupo existente, dirigiéndolo a los niños alimentados con lactancia materna y también a aquellos alimentados con lactancia artificial, así como a sus familiares. Además, la temática del grupo no sólo incluye temas sobre lactancia materna, sino también información sobre crianza y actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y también atendiendo al puerperio y la salud reproductiva de la mujer.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener y desarrollar un grupo de apoyo para familiares en la crianza de niños de 0-12 meses.
Mejorar conocimientos y habilidades maternas en el desarrollo de una lactancia exitosa y en autocuidado tras el parto.
Proporcionar a los familiares de estos niños habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en esta etapa de la vida infantil
Informar sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia.
Fomentar la relación entre las participantes fuera del ámbito sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones de matrona, enfermera pediátrica y pediatría con familias y niños de 0-12 meses de edad, que se intentarán realizar con una periodicidad mínima de 15 días, de 1,5 horas de duración aproximada.
Se informa de su realización en las consultas de los profesionales que participan en la actividad, en el tablón de anuncios y en la página del facebook del equipo que desarrolla el proyecto.
Son sesiones en las que participan no sólo los profesionales de salud, sino también el resto de los asistentes. En ocasiones se utilizan recursos audiovisuales o impresos, así como demostraciones prácticas; y en otras se podrá requerir la presencia de alguna persona externa al equipo experta en algún tema concreto a tratar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza
Número de reuniones realizadas en los últimos 12 meses. Resultado esperado > ó = 15)

Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones
Número familias asistentes en al menos una ocasión a las reuniones/ Total de niños recién nacidos a lo largo de los 12 meses anteriores X 100 (Resultado esperado > ó = 10%)

Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI
Constancia de los pacientes que han acudido a la consulta en la agenda de OMI, citados como educación grupal los días que se realiza el grupo. (Resultado esperado: que todos los días que se realice grupo de crianza, consten citados pacientes como educación grupal en agenda de OMI)

Mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto en al menos el 50% de los participantes.
Medido mediante encuesta de mejora de conocimientos del primer día que acude a la reunión respecto del momento de finalización de su participación en el grupo.
Número de familiares que consideran que han mejorado sus conocimientos / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

Mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, en al menos el 50% de los participantes
Medido mediante encuesta de mejora de habilidades del primer día que acude a la reunión respecto del momento de finalización de su participación en el grupo.
Número de familiares que consideran que han mejorado sus habilidades / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 26 de mayo de 2017
Fecha de finalización: se prevé darle continuidad, dado que la población a la que va dirigido está en constante

Proyecto: 2016_1418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

renovación.
Primera fase: Reuniones de coordinación y temas a tratar; así como ofrecer información al resto del equipo del centro de salud
Segunda fase: Realización del grupo presencial, en la primera ocasión que acudan se entregará la encuesta de valoración de conocimientos y habilidades a todas las familias. La encuesta comparativa se entregará a las familias que hayan acudido, al cumplir los niños los 12 meses, aprovechando la cita de la revisión de salud. En las reuniones participarán de forma indistinta tanto la enfermera pediátrica, la matrona como la pediatra; dependiendo del tema a tratar en cada reunión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Consulta sobre lactancia, actividades preventivas y manejo de patologías frecuentes en el primer año de vida y en el posparto
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1569 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS (ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES PP, ...) Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON CUALQUIER NIVEL DE DEPENDENCIA DE ZS DE GRAUS

2. RESPONSABLE ..... NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA. FISIOTERAPEUTA. CS GRAUS. FISIOTERAPIA EN AP
· BAGÜES CASAS SONIA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· SIRVENT MAZARICO IGNACIO. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· PERNA ESPOT JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· PUENTE CIRIA JAVIER. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· SORO VIVAS ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los cuidados referidos serían:

ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION, HIGIENE POSTURAL, ALIMENTACION ...

Dado el aumento del envejecimiento de la población que conlleva a un aumento de perdida de autonomía y mayor dependencia junto con unos cuidadores dedicados durante años al cuidado de sus familiares y detectando un riesgo de cansancio en el rol del cuidador se decide la creación de este grupo en el que se aúne el orientar a estos cuidadores en recursos (formativos, en sesiones, recursos en la red, material de ayuda al cuidado, asociaciones....) y la favorecer la comunicación entre ellos compartiendo el nexo común que es la actividad de cuidar a su familiar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de un grupo de cuidadores y favorecer la relaccion interpersonal entre ellos
Fomentar la relaccion terapeutica de los cuidadores con el EAP
Mejora del rendimiento del cuidador en la aplicación de cuidados directos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
sesiones formativas/informativas programadas conjuntamente entre los miembros del grupo de cuidadores y el personas que integramos el grupo de trabajo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
numero de sesiones que se realizan (3 sesiones)
asistencia de cuidadores (50% de los que se ofrece)
nivel de satisfacción de los cuidadores (escala likert)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
realización de sesiones. 1ª sesión ya realizada 23/06/2017
2ª sesión (final de septiembre/octubre)
3ª a determinar

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atencion a pacientes funcionalmente dependientes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0635 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASUNCION GRACIA MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SEGURA ENRIQUETA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO SERRANO IZARBE. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Detección y priorización: Transcurridos unos meses desde la presentación del cuadro de mando de diabetes, se constata la poca adherencia a la herramienta en el seguimiento de los pacientes diabéticos.
Causas: falta de destreza en su manejo, conexiones telemáticas lentas en los consultorios locales, no integración en las actividades diarias.
Importancia/ utilidad: proporciona información de calidad en el seguimiento del paciente diabético. Permite un mejor seguimiento del enfermo diabético.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo General: Mejorar los resultados en salud en el paciente diabético .
Objetivos Secundarios:
-.Implementar entre los profesionales el uso del Cuadro de
Mandos de Diabetes.
-Mejorar el registro en OMI, del seguimiento del paciente diabético.
-Supervisar la adherencia a las pruebas complementarias.
-Aumentar el porcentaje de pacientes con Hbna A1c en rango.
-Mejorar el perfil en URM de los pacientes diabéticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Consulta, al menos mensual, por parte de cada profesional, del C.M. de Diabetes.
-Realización de sesiones de Equipo con revisión del Cuadro de Mandos de Diabetes (bimensual).
-Identificación de pacientes diabéticos con deficits de registro en el seguimiento.
-Elaboración de listados desagregados por cupos de pacientes diana y contacto telefónico/ correo@ / Wasap para su captación y cita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de sesiones clínicas del Equipo en el periodo (anual)
- Pacientes con HbA1c en rango/ Total de pac diabéticos x100
- Pacientes con Retinografía realizada/Total pac diabéticos x100

Obtención de datos de resultados desde el cuadro de mano de diabetes con carácter bimestral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo: 1 de agosto de 2016. Finalización: 31 de Julio de 2017.
Cronograma:
Agosto: reunión del EAP, detección y priorización del problema, análisis del problema priorizado.
Septiembre: diseño del cambio y acciones de mejora.
Octubre/noviembre: inicio de las acciones de mejora necesarias.
Diciembre/Enero: monitorización del proceso.
Febrero: reevaluación para verificar las medidas propuestas.
Marzo/Junio: aplicar las acciones de mejora propuestas.
Julio: monitorización del proceso. Resultados.

9. OBSERVACIONES.
Se trata de integrar el uso de la nueva herramienta,sistemáticamente, en la actividad asistencial de los profesionales que atienden al paciente diabético, creando un Ciclo de Mejora Continua de la Calidad en la atención al usuario.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

Proyecto: 2016_1586 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO BERNUES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA MARCO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO IZARBE. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· THACCO VELARDE MAGALY. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
USM del Sector con elevada demanda y tiempos de primera evaluación elevados.
Dificultades de coordinación Primaria/ especializada
Incertidumbres en el manejo del seguimiento de los pacientes con patología psiquiátrica severa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar calidad del cuidado de los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM)
Reducir número de interconsultas y de derivaciones de los Centros de Salud (CS) a las USMs
Reducir número de consultas presenciales en las USMs
Fortalecer capacidades de los equipos de AP en el tratamiento de trastornos mentales
Mejorar equidad en el acceso a los servicios de los pacientes
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión de videoconferencia USM/ CS Lafortunada mensual. El primer jueves de cada mes.(12 año)
Profesionales de la U.S.M. Del Sector
E.A.P. del C.S. Lafortunada
Profesionales implicados en el Proyecto Mastermind
Unidades de videoconferencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones realizadas en 12 meses
Número de profesionales participantes/ año
Número de pacientes en seguimiento/ año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Plurianual.
Seguimiento por la dirección

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1587 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN EL C. S. LAFORTUNADA

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN RUIZ ALMENARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALINDO SERRANO IZARBE. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MARCO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Demora en la realización de ecografías en nuestro Sector.
Descarga del volumen de petición pruebas de imagen diagnósticas a rx
Prueba diagnóstica inocua.
Mejora de la capacidad diagnóstica y de la pertinencia de las derivaciones.
Optimización de costes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Apoyo al diagnóstico.
Mejora de los tiempos de espera.
Derivación orientada.
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Adquisición de ecógrafos para AP.
Formación en Ecografía para médicos de AP
Oferta de la ecografía diagnóstica en AP en cartera de servicios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de ecografías realizadas en los 6 primeros meses tras la implantación.
Número de profesionales formados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Plurianual.
Seguimiento por la dirección de Sector

9. OBSERVACIONES.
Dependiente de la adquisición de ecógrafo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologia abdominal y osteomuscular
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2016_1629 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO BERNUES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA MARCO MARIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· CLAVER GARCIA PAULA. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ ALMENARA VALENTIN. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· THACCO VELARDE MAGALY. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1) Introducción: Desde el punto de vista de la consulta de pediatría de AP destacan una serie de consultas sobre patologías que son manejables de forma domiciliaria y no requieren, en un primer momento, evaluación por parte del personal sanitario. Los motivos de consulta más frecuentes hacen que se retrase la asistencia de otras patologías y sobrecargan las consultas de pediatría y medicina/ enfermería de familia con citas urgentes.
Planteamos un proyecto de taller que constituya un espacio de relación entre profesionales sanitarios y cuidadores de niños que lescpermita verbalizar e intentar resolver dudas que puedan surgir en el proceso de cuidado de un niño enfermo transmitiendo conocimientos sobre el manejo de la patología pediátrica más frecuente en su estadio inicial.

2) Análisis de la situación: En forma de encuesta para padres y personal sanitario para determinar las principales inquietudes/carencias de los cuidadores, acerca del manejo de síntomas que pueden ser asistidos de forma domiciliaria. Con los resultados de dicha encuesta se escogerán los 4 síndromes/síntomas principales acerca de los que se organizarán una serie de talleres.

Trabajaremos considerando la asistencia de múltiples factores relacionados con la situación y necesidades de los cuidadores:
Factores ambientales: entorno próximo: familia y sistemas de soporte (edad de los padres, 1er hijo, manejo previo de enfermedad infantil), situación socioeconómica familiar; entorno social: valores y costumbres culturales, modelos socioculturales de maternidad y paternidad.
Factores personales: área cognitiva (conocimientos sobre el proceso natural de enfermar y su relación con la maduración del sistema inmunitario), área emocional (vivencias, creencias y experiencias personales; expectativas de resultados: (siento que puedo controlar la situación), área habilidades (manejo, psicomotoras y personales, conflictos)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GENERALES
- Dotar de habilidades y conocimientos a los cuidadores habituales de estos niños, en el manejo de los síntomas mas comunes de las enfermedades infantiles frecuentes.
- Disminuir la frecuentación de los preescolares a los servicios sanitarios.
- Disminuir la ansiedad de los cuidadores ante los síntomas habituales en los niños con enfermedades banales.
ESPECIFICOS:
1. De conocimiento:
-Adquirir conocimientos sobre el manejo domiciliario de las patologías tratadas.
-Conocer pilares del tratamiento y reconocer signos de alarma.
2. De actitud:
- Expresar sus vivencias y experiencias, incrementar sus conocimientos, adquirir las habilidades necesarias para cuidar, desarrollar autoridad, aceptación, autoestima, autonomía.
3. De habilidad:
- Mejorar o adquirir habilidad en diferentes técnicas: Lavados nasales, uso de antitérmicos, masajes abdominales, hidratac. oral y otros
Población diana: Cuidadores: madres y padres, abuelos... de niños entre 6 meses a 6 años que tengan interés en aumentar sus conocimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Captación: Desde las consultas del CS, aunque la admisión será pública y se podrán captar personas interesadas desde servicios sociales, centros educativos, admisión del CS, cartelería..
2.Desarrollo de la intervención: Taller de 4 sesiones de unos 45-60´ de duración, con un máx. de 10 participantes .Que consten de una 1ª parte de charla-coloquio, en la que se desarrollarán los temas que se decidirán en función de las necesidades/inquietudes que muestre la población diana y una 2ª parte, práctica en la que te desarrollaran habilidades sobre diferentes técnicas. Además se pretende reforzar gráficamente el mensaje transmitido en el taller mediante folletos informativos y posters para la sala de espera de la consulta.
3. Quién impartirá el taller: Sanitários del CS
4. Dónde se imparte: Sala de reuniones del CS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Evaluación de la intervención: De forma continuada evaluando los resultados el proceso y la adecuación de los recursos.

Proyecto: 2016_1629 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

- 1º: Encuesta de conocimientos: pre y post taller.
- 2º. Evaluación del proceso educativo mediante 2 encuestas:
1ª.Datos en cuanto asistencia y participación: Para los monitores.
2ª.Grado de consecución de las actividades previstas, adecuación de los monitores del taller al grupo y contenidos, así como el programa de contenidos): Para los cuidadores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Información:15 a 30 Sept. Realización de un taller de 4 sesiones con una duración de entre 45-60' cada una, quincenales, en los meses de Oct y Nov. Evaluación de la actividad y recopilación nuevas propuestas de necesidades sentidas por los asistentes en atención comunitaria, Diciembre.

9. OBSERVACIONES.
Servicio o Unidad: Atención Primaria
Se reenvía el Proyecto por exceso inicial de caracteres (>5000)
(Proyecto: 2016_1581 (Contrato Programa))

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PAT. PEDIÁTRICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER SANZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a la reunión realizada el día 15 de Mayo 2017 nos hemos dado cuenta de la importancia de la actividad comunitaria en la zona de salud, aunque siempre hemos realizado cosas puntuales (consejo de Salud, charlas de alimentación, visita guardería,...)nunca hemos dado constancia de ello. Así con este proyecto pretendemos visualizar nuestro trabajo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un grupo de trabajo
Establecer cronológicamente los pasos a seguir en el proyecto.
Conocer las necesidades de la zona de Salud.
conocer las actividades que se realizan en la zona.
Crear confianza
Aumentar conocimientos de la población, para disminuir la demanda sanitaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
sesión sobre la actividad comunitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disminución de la demanda sanitaria en procesos que hemos trabajado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Aún por definir

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. comunitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1413 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ALBIAC JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LERIS OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
la diabetes es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología crónica ocasiona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

• Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.

• Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.

• Cuidados del pie diabético

• Control glucémico adecuado.

• Adherencia a la medicación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que
el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluacion y puesta en comun de experiencias y al termino del proceso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado mas del
10% de mejora de hemoglobina glicada

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al termino del programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
sesion este año en octubre 2017

evaluacion en enero 2018

Proyecto: 2016_1413 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

9. OBSERVACIONES.
se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ALBIAC JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mesaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acordo en consejo de salud
se diseña e imprime untriptico de cada ruta f
los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de paseos realizadosX100 sobre el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

Proyecto: 2016_1414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1455 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LERIS OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
nuestra sociedad tiende a olovidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios(tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad....muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoracion de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.
tema.
Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el EAP- registro sistematico de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotacion de las interacciones y debates habidos numero de participantes y elaboracionde una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a peticion de la comunidad.
Fomento de la interaccion, el debate, el dialgo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total poblacion MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nºde personas que interaccionan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
se viene realizando este programa desde la creacion del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD.
Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicadossobre un totla de 10.
Se espera participar en al menos dos mas durante el otoño de 2107

se hara una evaluacion del conjunto de charlas y se valoraran áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participacion activa en enero 2018, en reunión de equipo.

9. OBSERVACIONES.
Se buscarán algun tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1455 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1524 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ALBIAC JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CORONAS FUMANAL CONCEPCION. EMNFERMERA. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GEsTION EN PACIENTEs CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACIONDE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACIOND E DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL

PERSONAL DE ENFERMERIA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS

NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CONSECUCION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACIONDE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2016_1536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)

2. RESPONSABLE ..... ESTEBAN SANMARTIN SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ALBIAC JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LERIS OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA PREVALENCIA DE EPOC EN NUESTRO MEDIO A RAIZ DE LA EPIDEMIA TABAQUICA DE LOS AÑOS 70 Y 80 AUN ES ALTA, POR ELLO CREEMOS IMPORTANTE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL ACUERDO DE GESTION Y BUSCAR ACTIVAMENTE EPOC REALIZARLES ESPIROMETRIA Y FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la detección del paciente fumador, con especial atención al tramo de edad de 15 a 35 años
Recomendar a las personas fumadoras el abandono del hábito tabáquico y ofrecerles la consulta de deshabituación tabáquica.
Realizar espirometrías a las personas con factores de riesgo de desarrollar EPOC
Captar y seguir al paciente diagnosticado de EPOC, como paciente crónico.
Realizar formación del personal sanitario para el seguimiento y tratamiento del paciente EPOC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar “Planes personales”.
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla,
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.o
Colaborar con los talleres de deshabituación tabáquica de la AECC de Monzón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP “TABACO” = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con dignostico de EPOC (R95) con el DGP “ESPIROMETRIA” realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnostico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnostico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP “LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS” Y “MANEJO VIAS AÉREAS”, al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnostico de EPOC con algún registro en el último año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
este programa viene del año 2016, hasta la fecha se han llevado a cabo en febrero de 2016 y 2017 cursos de deshabituacion tabaquica en el CS monzon con la AECC.
durante todo el 2016 y lo que va del 2017 se han ido detectando pacientes EPOC y se les ha ido realizando las espirometrias;
la actividad de este proyecto es continua a lo largo de todo el año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2016_1536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0784 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

2. RESPONSABLE ..... JACQUELINE VAZQUEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· CANALEJO MENDAZA LUIS SANTIAGO. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CONSUL BEGUE ISABEL. CELADOR/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SAURA FEIXA RAMON. CELADOR/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· FOJ JIMENEZ ERIKA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Criterios en la toma de datos de los avisos domiciliarios. Unificar y realizar un protocolo.
Reparto de las cargas de trabajo de la demanda en sala
Reparto de las cargas de trabajo de los avisos domiciliarios
Definir criterios de gravedad y no gravedad de los avisos domiciliarios

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar demoras en los domicilios urgentes
Mejorar la atención del paciente domiciliario
Trasmitir tranquilidad a los pacientes y familiares domiciliarios
Mejorar los repartos de las cargas tanto en domicilio como en la sala de espera

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear un equipo de trabajo motivado para diseñar e implementar el proyecto de trabajo
Realizar un protocolo de recogida de datos domiciliarios adecuado y unificado para todo el personal administrativo y no administrativo que tomen nota de un aviso .
Crear los criterios que definen gravedad o no gravedad en los avisos domiciliarios
Realizar valoración domiciliaria a través de unos criterios, del estado de la urgencia y definirla como real o no.
Realizar charlas informativas a los profesionales implicados en este proyecto: Celadores, Enfermería y Medicina

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Razón de Urgencias domiciliarias: Nºde urgencias reales / Nºde urgencias totales= 0,6-0,75

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre: crear equipo de trabajo
Noviembre: realizar los criterios y protocolos pertinentes
Diciembre: Prueba piloto y mejora de los criterios de selección de criterios
Enero: Puesta en marcha y valoración del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
Se pedirá colaboración a todo el equipo sanitario y administrativo que se vea relacionado e incluido en este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. atencion continuada
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1437 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

2. RESPONSABLE ..... ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALASTUEY FLETA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALLUE BLANCO MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· BUENO OLIVAN MILVA. TRABAJADOR/A SOCIAL. AYUNTAMIENTO DE MONZON. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MINGUEZ MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· LAMARCA GAY ROCIO. PEDIATRA. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· LASCORZ CORTINA PILAR. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· LOPE DALMAU ISABEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.
Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
Recogida de datos y análisis de resultados.
Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Análisis descriptivo de los resultados cunatitativos y cualitativos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase de detección : 1 año
Fase de Intervención: 1 año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1499 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... JACQUELINE VAZQUEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· ARESTE ALBA NURIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· BUERA BROTO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ GALLEGO MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· BETRIAN HERRERA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO MORATA CARLOS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los centros de salud del sector el carro de paros está distribuido y organizado de forma diferente, no existe en la actualidad un protocolo para unificar criterios de organización.
Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente.
También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros. Además, esto facilitará el trabajo del personal que cambia de puesto de trabajo a otro centro de salud.
Promover el intercambio de información entre profesionales de diferentes centros de salud y elaborar un protocolo de consenso.
Implantación progresiva del protocolo consensuado para todo el sector y publicarlo en intranet.
Unificar la organización/distribución del material el los carros de paros; así como el listado de stock mínimo.
Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector.
Futuras colaboraciones para otras actividades relativas a la gestión de la urgencia vital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Creación de un grupo de trabajo
2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros)
4- Presentación del protocolo a los diferentes centros del sector
5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
7- Evaluación – revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Centros de Salud con carros de paros unificados / Nº Centros de Salud del Sector)
2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
3-Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación--información / Nº de centros de S. del Sector)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACIÓN DEL GRUPO DE MEJORA (Febrero 2017)
2- ELABORACION DEL PROTOCOLO Y FORMATOS ASOCIADOS (Mayo 2017)
3- APROBACIÓN DEL PROTOCOLO (Junio 2017)
4- SESIONES DE FORMACION (Septiembre 2017)
5- IMPLANTACIÓN PROGRESIVA EN VARIOS CENTROS DE SALUD (Diciembre 2017)
6- EVALUACION DEL PROYECTO Y OBTENCIÓN DE INDICADORES (Enero 2018)
7- PROPUESTA DE NUEVAS ACCIONES DE MEJORA Y/O PROYECTOS (Marzo 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1499 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1590 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION CON PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN ATENCION PRIMARIA.

2. RESPONSABLE ..... TERESA GUEVARA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANALEJO MENDAZA LUIS SANTIAGO. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FOJ JIMENEZ ERIKA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LORDAN IBARZ GORETTI. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· OTIN CIPRES VANESA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MERINO SANTAELLA SUSANA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BARRANCO OBIS MARIA MONSERRAT. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hiperfrecuentación de los servicios sanitarios produce un gran impacto a todos los niveles, principalmente en el ámbito asistencial y de sostenibilidad del sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Tipificar el paciente hiperfrecuentador, de esta forma establecer un plan adecuado de intervención
- Realizar un plan de actuación individualizado según su tipología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Un primer paso consiste en realizar sesiónes de reflexión conjunta (personal sanitario del centro de salud) para trazar un plan de actuación indivudualizado sobre los pacientes hiperfrecuentadores.
- Crear grupos de trabajo según tipología que aborden la problemática desde una modalidad presencial o telefónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de visitas a médico de AP y/o urgencias tras 6 meses de intervención.
- Número de visitas a enfermería de AP y/o urgencias tras 6 meses de intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
agosto, septiembre: revisión de historial en atención continuada del paciente hiperfrecuentador.
octubre a enero: intervención de acuerdo a tipología.
Febreo y marzo: evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1055 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE MANEJO Y CUIDADOS EN MUJERES PORTADORAS DE PESARIO VAGINAL, COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LAPEÑA LLERA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALDERON GRAU MARIA PILAR. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BLANCO GIMENO VERONICA. MATRONA. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· ARAN GIMENEZ MARIA PILAR. MATRONA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ARIÑO BAILO VANESA. MATRONA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· CAVERO CEREZA ANA. MATRONA. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· MONTEJANO FERNANDEZ MERCEDES. MATRONA. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Sector Sanitario de Barbastro, abarca unos 110.000 habitantes, siendo unas 22900 mujeres mayores de 50 años. Se atiende una población eminentemente rural, con amplia dispersión geográfica y con una pirámide poblacional envejecida.
Una patología prevalente que se observa en mujeres, es el Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) dado que las pacientes son de edad avanzada y en ocasiones con una importante comorbilidad.
La utilización de pesarios como tratamiento del POP para evitar o retrasar la cirugía es frecuente, sin embargo, ni en Atención Especializada ni en Atención Primaria del Sector Sanitario de Barbastro disponemos de protocolo o guía de práctica clínica sobre cuidados y controles de pesarios, lo cual conlleva descoordinación respecto a los cuidados, variabilidad para práctica clínica, para la indicación de los mismos y falta de coordinación entre los profesionales implicados en la atención a la mujer (Ginecólogos, Matronas, Médicos de Atención Primaria etc)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de vida de las pacientes con POP portadoras de pesario vaginal
Mejorar la accesibilidad al sistema sanitario de las mujeres de zonas rurales
Favorecer la coordinación Atención Primaria - Atención Especializada
Facilitar el control y seguimiento de las mujeres portadoras de pesario vaginal en Atención Primaria en coordinación con Atención Especializada
Mejorar el conocimiento del procedimiento del uso del pesario por parte de los profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear un grupo de trabajo
Reuniones entre los integrantes del grupo de trabajo
Revisar bibliografía, protocolos de otros centros, acerca del uso de pesarios, para elaborar Guía de práctica clínica que se adapte a nuestro Sector Sanitario
Consenso y realización de la Guía Clínica del Manejo y cuidados del pesario vaginal
Establecer circuito asistencial
Establecer un registro de usuarias de pesarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración y puesta en marcha de la Guía.
Número de mujeres con POP portadoras de pesario vaginal en el Sector de Barbastro.
% de mujeres con complicaciones asociadas al uso de pesario
% de mujeres portadoras de pesario que acuden a las consultas de Atención Primaria según Guia elaborada
% de abandono o rechazo del pesario y motivos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre de 2016 : reunión del grupo de trabajo.
Diciembre 2016: Presentación de la Guía al resto de profesionales implicados.
Enero a Diciembre 2017: Seguimiento de Guía.
Diciembre 2017: Evaluación .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1055 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE MANEJO Y CUIDADOS EN MUJERES PORTADORAS DE PESARIO VAGINAL, COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SECTOR DE BARBASTRO

Proyecto: 2016_1066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

2. RESPONSABLE ..... ANA CASTILLON LOSCERTALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PASCUAL FRANCO MONICA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA. PEDIATRA. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· PARDO MIGUEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA DINNBIER AINA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· VEGA CUETO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la cadena asistencial de nuestro sistema de Salud, la Atención Primaria es el primer eslabón en la atención de la Urgencia, bien en los Centros de Salud o en el propio domicilio del paciente.
Es en la Atención Primaria donde se atiende, de forma inicial, el mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardio-respiratoria, en las que es muy importante una atención correcta y precoz, tanto para la supervivencia del paciente como para prevenir complicaciones o minimizar secuelas, que influirán en su futura calidad de vida. Asimismo, una correcta actuación también puede generar menos coste económico a nivel de estancia hospitalaria, fármacos,…
Por otro lado, en un Centro de Salud rural, como es el caso del C.S. Tamarite de Litera, es amplio el horario en el que en el centro solamente permanecen, para la atención de la población total, dos personas: médico y enfermera/o.
El objetivo de este proyecto es realizar un control periódico y sistematizado de la sala de Urgencias y del coche del C.S. con el fin de que en la utilización diaria, tanto en el horario de Atención Continuada como en las posibles urgencias acaecidas en el horario ordinario, esté presente en ambos todo el material disponible (tanto fungible como técnico), a mano, y en condiciones de uso inmediato.
Con ello se facilitará una mejora en la calidad asistencial, al acompañar a la toma de decisiones oportunas el conocimiento del material disponible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Sala de Urgencias siempre en condiciones adecuadas para atender las posibles urgencias.
- Revisión correcta de sala y maletines.
- Carro de paros revisado y en correcto estado.
- Material de electromedicina revisado.
- Stock mínimo de fungibles y medicación.
- Carro de curas ordenado y con material necesario.
- Coche en perfecto estado y con material revisado para los desplazamientos urgentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Método:
- Se tratará de implicar a todo el personal sanitario del Centro de salud.
- Hojas de registro de actividad e incidencias.
* Actividades:
Se realizará una revisión diaria de la sala de Urgencias, sistematizada por apartados, y semanal del coche, de forma que con una periodicidad mensual todo el material esté revisado.
Durante la semana laboral, de lunes a viernes, se revisará la sala de Urgencias en horario de 15 a 17h, y corresponderá hacerlo al personal: médico y enfermera que cubran dicho horario.
En los fines de semana, la revisión de la sala de Urgencias y del coche del C.S. la realizará el personal de Atención Continuada (MAC y EAC).
Cada revisión quedará reflejada y firmada por el/los sanitarios que la realicen en la casilla correspondiente de unas hojas de registro de la actividad.
También se anotará en la misma hoja, en el apartado “observaciones”, las deficiencias encontradas y subsanadas, así como el material repuesto.
Las incidencias que no puedan subsanarse se comunicarán a los coordinadores del E.A.P. para buscar la solución apropiada.
También se ha creado una hoja de registro donde anotar las deficiencias que se detecten, tanto en la sala de Urgencias como en el coche,por parte de cualquier sanitario durante la jornada laboral, en un momento diferente a la revisión diaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará la evaluación de este proyecto con periodicidad mensual.
Tendrá como objeto revisar la cumplimentación correcta de las hojas de registro y valorar si dicho proyecto es válido para alcanzar realmente los objetivos para el que ha sido creado.
Será un indicador de la consecución de objetivos el hecho de disminuir los apuntes en la hoja de incidencias
Dicha evaluación se plasmará en un informe que se presentará en una reunión del EAP, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y/o mejoras oportunos.

Proyecto: 2016_1066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el mes de Marzo se crearán las hojas de registro de actividades e incidencias.
Abril se pondrá en marcha el programa.
Se revalorará cada mes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención patología urgente en Atención Primaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1481 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP.

2. RESPONSABLE ..... MONICA PASCUAL FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ BUJ ESTRELLA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA DINNBIER AINA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RIVARES BACHES MANUEL. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEVE CAPDEVILA EULALIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON LOSCERTALES ANA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· MOTIS MONTES GABRIEL. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CUY GODINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente la Atención Primaria se encuentra informatizada. Los profesionales sanitarios accedemos a la hª clínica del paciente a través del aplicativo informático que conocemos como OMI-AP. Se trata de una herramienta que bien utilizada, mejora la calidad del dato recogido lo que deriva en un mejor control de nuestros pacientes y de la calidad asistencial.
La percepción que tenemos es que, dicha herramienta está siendo infrautilizada debido en parte a la diversidad de los métodos de registro empleados por los profesionales sanitarios ya que sólo unos pocos están correctamente formados para tal uso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar a los profesionales de nuestro EAP los conocimientos suficientes para llevar a cabo correctamente los registros de la información clínica en base a nuestra cartera de servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación de dos profesionales del EAP (un médico y una enfermera) a través del curso online realizado por el IACS de "Registro de la información en OMI-AP y RE".
- Sesiones formativas una vez realizado el curso para el resto de los profesionales del EAP.
- Solicitar acceso al material didáctico de dicho curso para realizar las sesiones formativas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº asistentes a las sesiones formativas del EAP/Nº total de miembros del EAP mayor del 60%.
- Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior, hasta un 0,3.
- Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el útlimo año, hasta un 70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer cuatrimestre de 2017 formación de dos profesionales del EAP.
- Sesiones clínicas de corta duración de septiembre a diciembre de 2017.
- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

2. RESPONSABLE ..... ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PASCUAL FRANCO MONICA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS ESPAÑOL JUDIT. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA DINNBIER AINA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· PARDO MIGUEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· VEGA CUETO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RIVARES BACHES MANUEL. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE LASCORZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.
- Nº asistentes del EAP a las sesiones formativas/ Nº total de miembros del EAP mayor del 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.
- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRONICO COMPLEJO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Proyecto: 2016_1484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL MOTIS MONTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLON LOSCERTALES ANA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS ESPAÑOL JUDIT. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CUY CODINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· LAPEÑA LLERA ANABEL. MATRONA. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL FRANCO MONICA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA DINNBIER AINA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CAMARA AVON ELENA. PEDIATRA. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el centro de salud, distintos compañeros vienen realizando a titulo personal, formación y talleres en distintas corporaciones y asociaciones referentes a temas de salud. Estos temas se han iniciado a propuesta de entidades o bien por observación de una falta de información en la población diana referente a un tema en cuestión. En ocasiones son charlas para adolescentes o sobre problemas de salud en la tercera edad, o población en general, jornadas de puertas abiertas del Centro para los niños de Guardería, talleres orientados a ampliar conocimientos en determinados grupos de riesgo (EPOC, DIABETICOS, HIPERTENSOS...) formación básica en RCP para la población en general...
Se propone realizar talleres orientados al cuidado de la salud en las distintas etapas de la vida, desde la infancia a la tercera edad y así dejar protocolizada la información compartida con los usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer cuales son los principales temas de salud que mayor interes despiertan en la poblacion

Animar a la poblacion a participar en las distintas actividades que de la formación puedan surgir

Registrar la formacion impartida a la poblacion gral, por los distintos componentes del equipo de salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recoger informacion relevante en temas de salud, que los distintos organismos y asociaciones tengan interés en implementar.

Para ello se propone dejar un buzon de sugerencias para proponer temas en Ayuntamiento y Centro de Salud.
Recoger las inquietudes que puedan surgir del consejo de salud de zona,
Proponer a la Escuela e IES, la posibilidad de que los alumnos reciban información sobre hábitos de vida saludables, impartidos por los profesionales del centro.
Contactar con las distintas asociaciones, para conocer las inquietudes sobre temas de salud que estos puedan tener y sobre estos temas, realizar talleres.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La formación impartida, tiene por finalidad aumentar los conocimientos que la población dispone sobre mantenimiento de salud y hábitos saludables, se propone realizar al menos 3 talleres repartidos a lo largo del año natural sobre distintos temas de salud. Al finalizar los talleres se pasará un cuestionario de satisfacción para conocer el grado de aceptación del taller y si los conocimientos les serán útiles para mejorar o mantener los hábitos de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El presente proyecto se iniciará en el año natural 2018, desde Enero hasta Diciembre, repartiendo un taller en cada cuatrimestre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Habitos saludables en general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1476 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... VICTOR VALLES GALLEGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO NEVADO FERMIN. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· BITRIAN DEL CACHO ANDRES. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIOLOGIA
· GALINDO SERRANO IZARBE. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ ALMENARA VALENTIN. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LERIS OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· GUEVARA LOPEZ TERESA. MEDICO/A. PAC MONZON. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos.
La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología.
La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
- Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
- Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
- Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- nº de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)
- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1476 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Primer trimestre 2017:
Dotación de ecógrafo al CS Barbastro
Curso de formación básica en ecografías
Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)
Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS
2º-3º trimestre:
Formación avanzada y estudio de concordancia
Inicio actividad en el CS Barbastro.
Interconsulta virtual con radiología
4º trimestre:
Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.
1º trimestre 2018:
Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2016_1479 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURGASE ESTALLO IRENE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CORTES MARTIN CLARA AURORA. MEDICO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· CAMPO SANCHEZ JUDIT. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Aumento de la demora en interconsultas para esta especialidad en los últimos años
Solo hay una plaza de endocrinología en el Sector Barbastro
Derivaciones que no aportan las pruebas complementarias necesarias
Derivaciones inadecuadas por no existir unos criterios unificados consensuados
Reducir la variabilidad y reducir listas de espera y costes asociados
Coordinación asistencial entre niveles podría mejorar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
1. Sobre los pacientes
• Disminuir tiempos de espera. Reducir la demora diagnóstica en pacientes sintomáticos (síntomas y signos de alerta)
• Mejora de la seguridad del paciente
2. Sobre los profesionales
• Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes tanto en el ámbito de AP como en AE
• Reducción de la carga asistencial
• Mejora de la coordinación
3. Sobre la organización / recursos económicos
• Evitar la duplicación de consultas y pruebas diagnósticas
• Evitar la derivación innecesaria de pacientes que pueden ser tratados en A.P.
• Adecuar los recursos del Sector a las evidencia disponible

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Inclusión progresiva de los CS en el programa
- Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinologia
Diabetes melitus tipo2
Trastornos de la función tiroidea
Hiperprolactinemia
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP – AE.
- Realización de protocolo consensuado con el fin de que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinologia con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita
- Análisis de situación
- Selección de responsables y construir grupo multidisciplinar
- Sesiones de formación en los EAPs
- Implantación progresiva en varios centros de salud
- Definir flujogramas
- Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes con Diabetes tipo 2 derivados / % de pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticada
Por profesional y Centro
- Reducción del tiempo de espera en el S. de Endocrionologia
- Pacientes derivados a endocrinología tras 1 año del inicio del protocolo / Nº pacientes derivados a endocrinología desde AP en el año previo a la implantación del protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Análisis de situación (Diciembre 2016)
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet (Enero 2017)

Proyecto: 2016_1479 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

- Sesiones de formación (Febrero / Marzo 2017)
- Implantación progresiva en todos centros de salud empezando por los de mayor población
- Definir flujogramas
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0513 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CUCALON MARIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTEGA TORREÑO AZZAHARA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· RUZ SANCHO DAVINIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· ALTEMIR MURILLO EVA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· CANELLAS AMNELLA MARTA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· PEREZ RUEDA NOELIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es muy frecuente el uso de imágenes fotográficas en los estudios/ trabajos de investigación sanitarios y también como instrumento en la práctica clínica asistencial, siempre preservando la confidencialidad, la intimidad, la privacidad y la dignidad del paciente. Para ello es necesario disponer de varios elementos indispensables como son: una autorización escrita a los pacientes o a sus responsables legales que informe de qué y para qué se realizan y utilizan las imágenes obtenidas. Así como de unos archivos médicos protegidos para el registro de datos, que en nuestro caso servirán como instrumento en la practica clínica, para hacer consultas a otros expertos pertinentes para su tratamiento, como material docente del personal y posteriormente para elaborar publicaciones médicas, garantizando el anonimato de la información cuando ésta vaya a ser usada para investigación. Ateniéndonos a los fundamentos jurídicos sobre protección y transmisión electrónica de datos médicos que se recogen en directivas comunitarias en España

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el tratamiento y prevención de úlceras mediante la creación de una autorización escrita para la utilización de datos fotográficos.
Disminuir la estancia hospitalaria en pacientes con esta patología.
Detección de complicaciones asociadas y tratamiento precoz de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º- Creación de hoja de consentimiento informado para la toma de imágenes de la lesión, dicho documento reflejara: que y para qué se realizan y emplean las imágenes.
2º: Creación de un archivo informático con imágenes autorizadas de acceso restringido:
Se adjuntarán las imágenes en carpetas de un ordenador con acceso exclusivo del personal de enfermería y medicina responsable del tratamiento del paciente con contraseña. Dichas carpetas estarán identificadas únicamente por NHC. Imágenes con medición de las lesiones al ingreso y nuevos controles fotográficos cada 72 horas para controlar la evolución y complicaciones asociadas al cuidado de las mismas.
3º Creación de una base de datos informática-hoja excel para registro de datos confidenciales referente a la evolución de la ulcera: Valoración de la úlcera, NHC, Sexo, Edad y antecedentes clínicos(como factores de riesgo).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Aumento de los conocimientos e información de los profesionales sobre la patología cutánea.
- Seguimiento de la evolución mediante la base de datos creada en Excel.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación y establecimiento desde 1 de octubre durante un año con expectativa de implantarse como medida establecida

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA PUEYO LALIENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ RIVAS VANESSA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS
· SANZ ARMUNIA MANUEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS
· MONTILLA DURAN LORENA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS
· PORQUERAS GRACIA DAVID. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS
· TOLOSA BARRIOS OIHANA. TCAE. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. URGENCIAS
· CUCALON MARIN ROCIO. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. MEDICINA INTERNA
· MIRALVES GUIRAL MARIA BEGOÑA. FARMACEUTICO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El carro de paros es un elemento indispensable dentro de cualquier centro hospitalario, especialmente en un servicio de urgencias.

Todos los profesionales sanitarios que trabajan en esta unidad deben conocer la ubicación del carro, su organización, el manejo y funcionamiento del mismo.

El centro sanitario de Fraga dispone de un Box Vital en el área de urgencias donde se encuentra ubicado el carro de paros. Este Box está a disposición de todo el personal sanitario del centro que lo precise ante una atención urgente inmediata.

Debido a que muchos profesionales tienen acceso al carro de paros, nos vemos en la necesidad de crear un protocolo de control, reposición y revisión de este con la finalidad de mantenerlo en unas condiciones óptimas para su utilización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mantener de forma permanente una dotación completa y correcta del carro.

- El equipo de urgencias deberán conocer el contenido y distribución de los elementos que posee el carro de paros.

- Implicar al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control, mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Será responsabilidad del personal de enfermería de urgencias hospitalarias cada lunes en turno de tarde:

1. Revisar el orden del material y la medicación del carro de paros, así como la existencia de recambios en el almacén y la revisión de la fecha de caducidad de todos los componentes del carro.

2. El último lunes de cada mes, además de realizar el control del carro, se retirarán y repondrán los materiales y medicaciones que vayan a caducar.

3. Diariamente se verificará, en cada turno, que el carro esté precintado correctamente.

En ausencia de éste, se realizará la revisión, reposición y sellado del mismo.

Para todo esto, se creará una hoja de control de material y medicación, donde aparecerá la ubicación en el carro, cantidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud) y fecha de caducidad. Así mismo, otra hoja que incluya la fecha de revisión, la firma, así como el número de sellado y observaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Verificación mensual del listado de caducidades.

2. Cumplimentación y registro completo de todas las revisiones.

3. Análisis mensual del funcionamiento del procedimiento por medio de los componentes del equipo de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 30 de abril de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

Proyecto: 2016_0342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1763 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

2. RESPONSABLE ..... JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LOPEZ HERNANDEZ MARICELA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· SIERRA CALLAU MODESTO. TECNICO/A DE INFORMATICA. H BARBASTRO. UNIDAD DE INNOVACION
· ROMERO MARCO DIONISIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ANGLES BARBASTRO ROSANA. TECNICO/A DE INFORMATICA. H BARBASTRO. UNIDAD DE INNOVACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".
El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.
Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.
En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC.
Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare,
Contrato Programa 2017
51
que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:
Revisar los criterios de inclusión para pacientes
Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center
Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A DOMICILIO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios.
Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.
El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas.

Proyecto: 2016_1763 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio. Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Durante toda la fase de pruebas se recogerá información para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

9. OBSERVACIONES.
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atencion Especializada, Atencion Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CRÓNICO COMPLEJO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_0919 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR LARREA ORTIZ-QUINTANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONTAN ABAD ADRIAN. BIOLOGO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· SOPENA MURILLO ANA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· COSTA RODRIGUEZ PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· BIELSA MOLINA PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· HERNANDEZ MORA EMILIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.
Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.
El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal.
Este proyecto ha sido expuesto en sesión clínica general de forma conjunta por facultativos de Análisis Clínicos y el Responsable de la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro, llegando a un acuerdo general con los asistentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Envío de informe al medico solicitante.
Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.
Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición
Prevención de coomorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado
Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.
El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.
Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes a los que se les aplica el score.
Número de pacientes con estado nutricional normal.
Número de pacientes con estado de desnutrición leve.
Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.
Número de pacientes con estado de desnutrición severo.
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0919 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0972 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... MARTA ELENA LALANA GARCES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VEGA VIDALLE CONCEPCION. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· FONTAN ABAD ADRIAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· TAPIA LANUZA AMADO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· MARTINS DOMINGO ORLANDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· VIVES AGUEDA PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· CARRILLO PRADA JOSEFINA. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· SILLES ESFORZADO MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las infecciones víricas inciden el la morbi-mortalidad de los pacientes en las unidades de Hemodiálisis.
Un objetivo fundamental es identificar precozmente a los pacientes infectivos o potencialmente infectivos para establecer medidas de aislamiento que impidan la transmisión nosocomial horizontal, principal vía de transmisión.
El control analítico es fundamental en estos pacientes: la determinación de serologías víricas forma parte de todos los protocolos de control del paciente en Hemodiálisis. También es importante para valorar las posibilidades de tratamiento según las características del paciente, especialmente en aquellos candidatos a trasplante renal.
Las determinaciones a realizar para estos pacientes están estándarizadas por la Sociedad Española de Nefrología y sus recomendaciones son las que han marcado nuestra linea de actuación. Sin embargo, debido al aumento continuado de pruebas serológicas, surge la necesidad de revisar con el servicio de Nefrología las determinaciones que deben realizarse, la frecuencia y pruebas de confirmación que se envían a laboratorios externos. Así como las pautas y nuevas pruebas a solicitar en caso de seroconversión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuar protocolos de serologías de pacientes de Hemodiálisis de nuestro hospital a las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología.
Estandarizar la periodicidad con la que se deben solicitar dichos controles, para disminuir peticiones innecesarias o no indicadas.
Determinar qué parámetros deben solicitarse a nuestro laboratorio de referencia en caso de seroconverión para confirmar resultados..
Disminución en número de determinaciones serológicas de VHB, VHC y VIH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión y modificación del documento “Serología de Paciente de Hemodiálisis” PTP-PR-VBC de nuestro sistema de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 15189.
Reuniones con facultativos de Análisis Clínicos y Nefrología para establecer perfiles analíticos
Se crearán perfiles analíticos incluyendo los parámetros que se deben solicitar de manera automática a través de nuestro sistema informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Indicador: Porcentaje de solicitudes de serología de pacientes en Hemodiálisis que se ajustan a los protocolos.
Estándar: >90%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
2.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VIH (Ac VIH) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
3.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHC (Ac VHC) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
4.-Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHB, que incluyen: Ags VHB, Ac Anti core total VHB y Ac. Anti VHBs de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación de nuevos protocolos de serología de pacientes en hemodiálisis: 12 meses

Proyecto: 2016_0972 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROTOCOLO SEROLOGÍA PACIENTES HEMODIÁLISIS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0481 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

METODO DE AUTO TOMA PARA DETERMINACION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES COMES GARCIA
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· VALLES GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· DUESO CORBALAN MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CASAUS CALAVIA VIRGINIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del Virus del Papiloma Humano (VPH). La prevalencia de VPH en nuestro país está entre el 12 y el 14% resolviéndose espontáneamente la infección en el 90% de los casos. Cuando la infección es persistente, hay riesgo de desarrollar CCU. En países desarrollados los casos de CCU se siguen desarrollando entre pacientes que están fuera del programa de cribado o que sus controles no son regulares. Los factores disuasivos para que las mujeres acudan a sus controles rutinarios incluyen miedo al dolor o incomodidad, falta de tiempo, factores culturales o religiosos y un bajo estatus socioeconómico. Para que un programa de cribado sea efectivo es necesario una alta cobertura por lo que la asistencia es un factor fundamental. La población diana para el cribado de cáncer de cérvix con test de VPH en nuestro sector es de 24.700 mujeres aproximadamente con una cobertura del programa del 70%. La prevalencia de infección por VPH en mayores de 30 años es del 9%. La población en nuestro sector es predominantemente rural y dispersa por lo que las distancias hasta los centros de salud en ocasiones son grandes de manera que este método es una forma de acercamiento a la asistencia en las localidades más alejadas de nuestro sector.
Dado que la clave para un buen programa de cribado es que tenga amplia cobertura, pretendemos con el método de auto-toma facilitar el cribado a toda la población, especialmente a aquellas mujeres que se encuentran más alejadas de sus centros de salud. El método consiste en proporcionar a las pacientes un cepillo para que ellas mismas recojan la muestra para la determinación del virus del papiloma. Las matronas y/o enfermeras de los Centros de Salud (C.S.), serán las que ofrezcan a las pacientes los cepillos deshechables para la auto toma así como las instrucciones de uso. El uso del cepillo para la auto-toma es muy sencillo ya que el dispositivo se asemeja a un tampón higiénico. No es necesario que la paciente vaya personalmente a recoger o entregar el cepillo. La muestra no tiene que recogerse necesariamente en el momento pero una vez se haya realizado la toma de muestra, el cepillo debe llegar al laboratorio en unos 7/10 días.
Los cepillos con la toma de muestra se recogerán en los C.S. y se mandarán al servicio de Anatomía Patológica con la petición correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestra expectativa es facilitar a las pacientes la entrada al programa de cribado de CCU, así como la buena aceptación de este método.
Aumentar la cobertura del programa de cribado de cáncer de útero en al menos un 5%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las pacientes tendrán a su disposición los cepillos auto-toma en sus centros ambulatorios. Habrá charlas a las pacientes explicándoles el método así como reuniones con los profesionales de los centros (matronas y enfermeras) para que informen a las pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de VPH positivos en auto-toma
Nº de ASCUS en de auto-toma positiva
Nº de LSIL en auto-toma positiva
Nº de CIN2+ en auto-toma positiva

Una vez realizado todo el procedimiento, se haría un estudio estadístico de los resultados para ver su eficacia (nº de respuestas) y comparación de resultados con la toma hecha por matronas o especialistas (nº de no valorables o necesidad de repeticiones). Se haría un análisis de resultados positivos comparando con los datos que tenemos de cada centro de Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016 reuniones con los profesionales de los Centros de Salud.
Octubre/Noviembre 2016 charlas a las pacientes
Desde Octubre 2016 hasta Junio 2017 recogida de datos en Anatomía Patológica
Junio 2017 evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.
Creemos que este método a su vez, sirve para concienciar a las pacientes en un ejercicio de responsabilidad, mejorando su autonomía.

Proyecto: 2016_0481 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

METODO DE AUTO TOMA PARA DETERMINACION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUSTE ARA ALFREDO. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· CAMPO SIN ALICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA
· ARCAS SANCHEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PASCUAL GABARRE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· IRICIBAR MIR LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· GABARRE ORUS DOMINGO. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PLANA COSTA MONTSERRAT. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los servicios de URPA y CMA son dos partes dentro del bloque quirúrgico. Se componen de dos salas separadas, una con cinco camas para pacientes postquirúrgicos en la URPA y otra con cuatro camas y cuatro sillones para pacientes de cirugía ambulatoria en la CMA. Las características de estos Servicios son:
- Dos servicios separados físicamente que comparten documentos,
-Dos servicios diferentes donde el personal se mueve de uno a otro según necesidades asistenciales.
-Utilización de muchos documentos en papel que se imprimen desde los dos ordenadores existentes.
-Servicio con horario de 8 a 15 horas, pero que permanece abierto 24 horas para urgencias con necesidad de acceso a los ordenadores.
-Los ordenadores son antiguos con capacidad reducida.
-Los ordenadores son utilizados por mucho personal en turno de mañanas tanto del servicio como de diferentes especialidades que trabajan en los quirófanos.
Los problemas detectados se esquematizan de la siguiente manera:
• Los ordenadores son utilizados por personal del servicio y por mucho personal ajeno, lo que nos lleva a encontrar gran cantidad de archivos irrelevantes para nuestro servicio, normalmente en el escritorio pero en ocasiones dentro de las diferentes carpetas. El personal del Servicio teme que documentos importantes del servicio sean modificados o eliminados de forma involuntaria.
• El personal del servicio URPA y CMA se mueve entre los 2 espacios de forma habitual, por ello se crean archivos duplicados en los dos ordenadores existentes con el objetivo de acceder desde las dos ubicaciones.
• Cuando se esta trabajando en alguna modificación, proyecto, etc. el personal tiene que transportarlo en un dispositivo externo para llevarlo de un ordenador a otro, apareciendo en ocasiones duplicados de trabajos en diferentes fases de realización.
• Los ordenadores son antiguos, con poca capacidad y están llenos de documentos inservibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disponer de espacio privado en el ordenador, con acceso restringido para el personal del Servicio URPA/CMA para guardar documentos importantes para el Servicio.
-Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.
-Disponer de los mismos archivos desde los dos ordenadores.
- Poder hacer trabajos en común accediendo al documento desde cualquier ordenador del Servicio.
- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión exhaustiva por parte del personal del servicio de URPA y CMA de todos los archivos guardados en ambos ordenadores.
- eliminar inservibles para el Servicio.
-seleccionar documentos validos, clasificándolos en carpetas.
- Realizar parte al Servicio de informática para:
-eliminación de programas inservibles y revisión de capacidad de los ordenadores.
-Creación de carpeta URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro.
-Adjudicación de usuario y contraseña al personal de URPA/CMA para el acceso a dicha carpeta.
-Creación de accesos directos a carpeta URPA/CMA desde los dos ordenadores.
-Colocación de los archivos en la carpeta creada y organización de los documentos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Claves de acceso
Que todo el personal de URPA y CMA disponga de clave de acceso para la carpeta del Servicio URPA/CMA, conozca como acceder y utilice la carpeta.

% personal del servicio de URPA + % personal del servicio de CMA que acceda a la carpeta del servidor URPA/CMA*100/ total de trabajadores del servicio URPA+ CMA.
Estandar: 100%

• Carpeta en el servidor llamada URPA/CMA.
Existencia de una carpeta en el ordenador central del Hospital de Barbastro llamada URPA/CMA.

Proyecto: 2016_0162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA

Resultado esperado: Si

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Octubre.
Realización del parte de incidencias al Servicio de informática.
-Octubre y noviembre 2016.
Depuración de los archivos existentes en los dos ordenadores.
Organización de los archivos importantes en diferentes carpetas dándoles nombre claro de lo que contienen.
- Diciembre 2016.
Colocación de las carpetas seleccionadas en la nueva carpeta creada.
Adjudicación de claves de acceso para personal de URPA/CMA a dicha carpeta.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. organizativo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... LAURA IRICIBAR MIR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPO SIN ALICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· ARCAS SANCHEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PASCUAL GABARRE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· GABARRE ORUS DOMINGO. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PLANA COSTA MONTSERRAT. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en el medio hospitalario, tanto entre pacientes como entre pacientes y personal sanitario, ha motivado la consideración y puesta en marcha, en la mayoría de los hospitales, de una serie de medidas o precauciones para evitarlo. Nuestro hospital dispone de un protocolo de aislamientos cuya ultima actualización se ha realizado en 2016.
En nuestra unidad URPA (unidad de reanimación post-anestésica) atendemos a los pacientes ingresados en el hospital que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente, exceptuado a los que precisaran cuidados intensivos tras la operación (UCI), Entre los que se encuentran pacientes que precisan diferentes medidas de aislamiento.
Siguiendo el protocolo de nuestro hospital, encontramos en el apartado de control ambiental lo siguiente:
• Control ambiental, aislamiento transmisión por contacto y gotas
HABITACIÓN INDIVIDUAL. Si no se dispone de habitación individual y, siempre consultando previamente con el Servicio de Medicina Preventiva, se podrá hacer un aislamiento por cohortes.
• Control ambiental, aislamiento transmisión aérea
HABITACIÓN INDIVIDUAL.
– La puerta debe permanecer siempre CERRADA.
– La habitación debe tener presión negativa respecto al pasillo.
– La renovación de aire debe ser entre 6 y 12 recambios de aire por hora.
– La extracción de aire debe ser directamente al exterior, y si recircula debe colocarse un filtro HEPA antes de la incorporación al circuito general.
Teniendo en cuenta las características de la unidad que dispone de 5 boxes separados únicamente por biombos, un espacio físico reducido y la imposibilidad de disponer de una habitación individual, consideramos necesaria la adaptación de dicho protocolo a la unidad para poder llevar a cabo las medidas de protección y aislamiento lo más correctamente posible.
La elaboración de una guía de actuación, para la atención de este tipo de pacientes con unas normas claras, estandarizadas y conocidas por todo el personal, resultará de gran utilidad al personal y facilitará el correcto seguimiento del protocolo del hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En primer lugar los objetivos marcados por el protocolo del Hospital.
o Prevenir la diseminación de microorganismos entre pacientes, personal sanitario, visitantes y equipos.
o Proteger a los profesionales sanitarios de la exposición a microorganismos de fluidos corporales, sangre, aerosoles, excreciones, secreciones, agujas contaminadas u objetos cortantes.
Y como objetivos específicos:
o Establecer y normalizar las medidas de control que se deben aplicar en cada caso concreto, en nuestra unidad.
o Difundir entre el personal sanitario responsable del paciente en la unidad las actuaciones a seguir, en coordinación y con el asesoramiento del servicio de medicina preventiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. A realizar coordinador proyecto de mejora.
? Comprobar con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Miembros proyecto de mejora
? Revisar minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad. Miembros proyecto de mejora.
? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento. Miembros proyecto de mejora y servicio de medicina preventiva .
? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Miembros proyecto de mejora.
? Realizar póster para exponerlo en la unidad. Miembros proyecto de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Puesta en marcha de la guía de aislamientos en la unidad.
? Comprobar la existencia del póster en unidad .
? Actualización de la guía anualmente.

Proyecto: 2016_0242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto, estudiar la viabilidad del mismo y comprobar qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Primera semana de octubre.
? Revisar de forma minuciosa e individualmente el protocolo del servicio de medicina preventiva por todo el personal de enfermería de la unidad. Mes de octubre.
? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento. Primera reunión ultima semana de octubre, según presión asistencial.
? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Ultima semana de febrero.
? Realizar póster para exponerlo en la unidad. En la segunda quincena de marzo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades infecto-contagiosas (prevención)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0662 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO ANGULO BALDUZZI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANIBAL ROJAS FAVIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· MAGALLON PUY JUAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en España con una prevalencia del 4.4%, afectando al 10% de los pacientes mayores de 65 años y aumentando su incidencia con la edad. Como es conocido la FA aumenta 5 veces el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) de origen cardioembólico a quien la padece. Los estudio estiman que la FA es responsable del 25% de los 24000 ACV cardioembólicos que se producen en España al año, siendo además la prevalencia de este tipo de ACV superior en pacientes <45 años. Todo esto supone un importante problema sanitario puesto que conlleva un riesgo de morbi-mortalidad incremental siendo el ACV isquémico la complicación más temida de la FA dadas sus secuelas devastadoras y elevado riesgo de recurrencia. El ACV causa una mortalidad anual del 50% durante el primer año tras su diagnóstico, siendo además responsable de discapacidad en el 60% de los pacientes que sobreviven.
Los ensayos han demostrado el beneficio clínico neto del tratamiento anticoagulante de la FA, tanto con los clásicos antivitamina K (AVK) como con los nuevos anticoagulantes orales no antivitamina K (NACOS) con una importante reducción de los eventos embólicos y de la mortalidad (más marcado en ancianos que en jóvenes). En nuestro país, del total de pacientes anticoagulados, el 85% están siendo tratados con AVK. Para medir la calidad de la anticoagulación se calcula el tiempo que el paciente está correctamente anticoagulado mediante la denominada permanencia en tiempo en rango terapéutico (TTR) y según los estudio españoles Anfagal y Paula-2015 el 40 % de los pacientes anticoagulados con AVK tienen un inadecuado control de anticoagulación con unos valores de TTR por debajo del nivel deseado el 60 % del tiempo. Este inadecuado control aumenta los episodios de ACV, lo que genera un ingente gasto sanitario debido a los ingresos hospitalarios por esta causa y aumenta también el gasto social por la pérdida de capacidades de los pacientes, produciendo además trastornos en la calidad de vida del involucrado y de su familia.
En los últimos años han surgido nuevas opciones de tratamiento anticoagulante, con fármacos más seguros y eficaces que el tratamiento convencional con AVK. Para disminuir las secuelas y complicaciones de la FA, es imprescindible instaurar un tratamiento rápido y efectivo, que cuente con la evaluación precoz por parte de Cardiología, así como también instaurar a nivel asistencial un mecanismo coordinado de derivación de los pacientes, y el cambio en los tratamientos según las nuevas guías europeas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir el tiempo entre el diagnóstico de fabricación auricular y la primera ecografía cardiaca.
- Implementación de las escalas para decidir la necesidad de anticoagular o no.
- Empleo de la escalas para decidir que tipo de tratamiento anticoagulante emplear si está indicado hacerlo
- Adecuación de los posibles tratamientos a las indicaciones de las guías, tanto en la iniciación como en las sucesivas visitas de control.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión de los miembros del equipo de mejora para unificar criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento
- Agilizar la accesibilidad y canalización directa a la Consulta de Arritmias Trombogénicas de los pacientes diagnosticados en A.Primaria sin la necesidad de acudir a Urgencias (utilizando nuevo programa on line en marcha para el servicio de Urgencias)
- Sistema de consulta on line y resolución in situ del caso con AP
- Creación de un protocolo de acción inicial ante el diagnóstico (analíticas, ECG y examen físico básico necesario)
- Unificación de las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico como la utilización de la escala SAMETT2R2 que predice la probabilidad de éxito del tratamiento con AVK.
- Creación de una base de datos con los pacientes atendidos en el Sector Barbastro centralizada en la consulta de Cardiología
- Creación de una consulta preferente para la asistencia específica de pacientes con fibrilación auricular
- Implementación de un sistema de apoyo ecográfico rápido para los pacientes de Atención Primaria (vscan) para poder orientar el tratamiento de la forma más precoz posible

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes derivados del Servicio de Urgencias hospitalarias y desde Atención Primaria con diagnóstico de FA
- Porcentaje de paciente derivados on line desde AP
- Porcentaje de pacientes con resolución in situ (en su Centro de Salud)
- Tiempo desde el diagnostico en AP/Urgencias a la toma del anticoagulante
- Porcentaje de pacientes derivados con antivitamina K o con nuevos anticoagulantes orales
- Porcentaje de pacientes derivados con antiagregantes o sin anticoagulación

Proyecto: 2016_0662 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JULIO 2016: reunión del equipo de mejora y unificación de los criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.
SEPTIEMBRE 2016: configuración del protocolo definitivo
OCTUBRE 2016: inicio de derivaciones de pacientes a consulta especializada.
DICIEMBRE 2016 : reunión para valorar problemas en el funcionamiento asistencial
MARZO 2016: recolección de datos y discusión de los mismos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FIBRILACION AURICULAR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1001 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MATERIALES QUE INTEGAN LOS CARROS MULTIFUNCION DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO,ASI COMO SU MANTENIMIENTO

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONED IBOR CARLOS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SEIRA LLEDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALERO ASCASO EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ROLDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PINTADO TORRECILLA MARINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dado, que hasta ahora se estaba trabajando con carros simples que se preparaban cada profesional en su turno y dejaba vacío al finalizar la jornada, teniendo en cuenta que trabajamos en turno rotatorio, que somos en plantilla 12 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería, y como cada persona cuenta con un criterio puede dificultar el trabajo si no se sigue la misma pauta de orden y mantenimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejorar la efectividad del trabajo de los equipo de enfermería de la planta de cirugía del hospital de Barbastro.
• Estandarizar el material que ha de formar parte del carro de curras, para que todos los profesionales sepan que hay y donde debe estar.
• Mantener limpio y ordenado el carro multifunción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Primera semana de octubre se reúnen los componentes del proyecto del plan de mejora y se consensua el material que podría formar parte de cada cajón del carro multifunción.
Esa misma semana, reunión con los TCAEs de la planta para orientar forma de trabajo, en relación a los carros multifunción y consensuar mantenimiento.
A mediados de noviembre y tras aproximadamente 6 semanas de trabajo con los carros multifunción, los miembros del plan de mejora, se reunirán para valora la idoneidad del material acordado en la primera reunión. Se realizarán los cambios de cantidad o ubicación de material.
Se valorará el funcionamiento de la reposición y limpieza de los carros.
Se creará una hoja de control de cada carro, en la que el responsable del proyecto, la cumplimentará el primer viernes de cada mes par (Cada dos meses) .La hoja estará compuesta por 6 ítems. Si está conseguido el ítem valdrá un punto y si no está bien 0.
Se busca conseguir más del 66% de los ítems
Diciembre: Iniciar control del mantenimiento del carro multifunción.
Abril 2017: Primer corte de indicadores.
Octubre 2017: Segundo corte de indicadores.
Se reunirá el grupo de mejora y valorará los resultados y posibles modificaciones a la vista de los resultados.
Puesta en marcha de las modificaciones si fueran necesarias
Diciembre: Fin del plan de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Revisión de los datos obtenidos de la hoja control creada en noviembre de 2016.
• Opinión de los componentes de del plan de mejora obtenido en su uso diario y expresada en las reuniones de grupo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en octubre de 2016 y finalización en diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA (CA)

2. RESPONSABLE ..... AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALLARES SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· NAVARRO CASTAÑ HERMINIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La colelitiasis es una de las patologías digestivas más frecuentes en la población y su complicación en forma de CA representa una de la patologías urgentes de mayor prevalencia, con una mortalidad global de en torno al 10%. Hay un claro consenso en todas las vías clínicas recientes de que el mejor manejo de esta patología es la cirugía precoz de la misma mediante colecistectomía laparoscoópica.
Sin embargo dada la complejidad técnica y organizativa de esta intervención en nuestro centro el manejo habitual de la colecistitis es mediante tratamiento conservador con ingreso, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioterapia, relegando la intervención urgente en aquellos casos que presente mala evolución clínica.
En el año 2016 en nuestro centro se atendieron en 102 pacientes con CA sin otra complicación biliar relacionada (pancreatitis, coledocolitiasis, ictericia) de las cuales requirieron reingreso e intervención en un 2º tiempo 88 (86.2 %) de ellos con una estancia media de 4.43 días en el primer ingreso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es ofrecer un tratamiento quirúrgico precoz de las CA que cumplan los criterios para la misma, permitiendo una resolución temprana de la patología y en un mismo ingreso. La técnica quirúrgica de elección ha de ser la laparoscópica dado que comporta una menor morbilidad y una recuperación más temprana.
La aplicación de este proyecto comportaría:
- Menor tasa de reingreso por un evento similar
- Menor morbilidad
- Menor pérdida de calidad de vida y de productividad laboral
- Minimización del coste sanitario

Este proyecto implica al servicio de Cirugía General (CG), Anestesiología y Enfermería.
Los pacientes que podrían beneficiarse de este proyeto son aquellos pacientes que ingresen con:
- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin ttº anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de via biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

Se estima que la población diana podrían ser 30-40 pacientes /año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La cirugía precoz de la CA por laparoscopia comporta una dificultad técnica por la cual se precisa la participación de 2 cirujanos. En nuestro centro las intervenciones urgentes las realiza el CG asistido por el ginecólogo de guardia, sin embargo para la aplicación de esta técnica y la resolución de sus posibles complicaciones es necesaria la experiencia y la cooperación de ambos cirujanos.
Igualmente, al tratarse de una patología urgente, se presenta de manera imprevista y se tiene que resolver en partes quirúrgicos no programados, por lo que sobrecarga el quirófano de urgencias.
Por lo tanto para su aplicación es necesario:
- Cooperación de Anestesiología para la realización de las cirugías en parte de Urgencias cuando no fuera posible realizarlo en el quirófano programado habitual.
- Presencia del CG de guardia habitual y un ayudante de CG durantes las mañanas o en horas fuera de jornada laboral
- Cooperación de enfermería quirúrgica para la realización de técnica laparoscópica en el quirófano de urgencias.

Por lo tanto ante un paciente con CA se requerirán los siguientes pasos:
- Indicación de cirugía precoz (urgente diferida) de la CA por parte del CG según criterio médico.
- Realización de la intervención en un plazo máximo de 7 dias desde el inicio de los síntomas
- Programación de la intervención en quirófano habitual de CG si posible
- En caso de no ser posible se realizará de manera urgente durante las horas fuera del horario laboral siempre que el anestesista de guardia y enfermería quirúrgica dieran su consentimiento por motivos de organización o presión asistencial del quirófano de Urgencias

Proyecto: 2016_1771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA (CA)

Los recursos materiales a utilizar son los habituales en una intervención de colecistectomia laparoscópica ya utilizados en nuestro centro.
Los recursos humanos necesarios son:
- CG de guardia
- Anestesista de guardia
- Enfermería quirúrgica de urgencias
- CG ayudante disponible

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a utilizar serán:
- % de pacientes con CA intervenidos precozmenre sobre el nº total de pacientes con CA ingresadas
- % de cirugías realizadas por laparoscopia
- Días de estancia hospitalaria
- Morbilidad y mortalidad

Los datos se recogeran de manera prospectiva en base de datos de todos los pacientes que ingresen de manera urgente con CA litiasica que entren dentro de los criterior definidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dos años (Junio 2017-Mayo 2019) en los que se recogerán datos de los pacientes para poder implementar posteriormente el programa de manera rutinaria. Los componentes del equipo de CG serán los encargados de recoger la casuistica y datos relacionados.
El proyecto se evaluará y comunicará en la Memoria del Sº de CG y Aparato Digestivo del H. de Barbastro y mediante la plataforma así prevista por el SALUD.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN ROCHE ALBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALARCON FERNANDO ESTEBAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO BAIGES EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La fractura de cadera del anciano tiene una alta prevalencia en la población y se observa un aumento de incidencia en los últimos años. Representa un importante peso de la actividad quirúrgica y de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Según los estudios, el 24% de pacientes que sufren una fractura de cadera fallecen en el primer año tras la fractura. Menos del 30% recuperan su situación funcional previa a la fractura. La mayoría de los que superan el ingreso hospitalario necesitan ayuda para las actividades de la vida cotidiana, de ellos uno de cada cuatro precisan seguir cuidados en un centro de larga estancia o residencia.
Esta patología supone un reto de salud pública por su volumen e impacto en la salud. Se ha demostrado que la optimización de la estancia hospitalaria, particularmente la realización de la cirugía en las primeras 24-48 horas y la deambulación precoz son claves para la recuperación funcional de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es optimizar el proceso de fractura de cadera en el anciano acortando el tiempo prequirúrgico. Paralelamente se pretende disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, las comorbilidades asociadas y mejorar el estado funcional del paciente al alta hospitalaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende actuar a varios niveles del proceso de hospitalización para acortar el tiempo prequirúrgico.
Desde Urgencias se protocolizará la asistencia para que cada paciente tenga el preoperatorio completo desde el diagnóstico. Se protocolizará la pauta de heparina y fármacos antiagregantes y anticoagulantes para que no retrasen la intervención. Se iniciarán los tratamientos pertinentes. Así mismo se priorizará la asignación de cama hospitalaria a los pacientes candidatos a cirugía en las primeras 24 horas.
Por parte de Anestesia se pretende valorar al paciente al ingreso para optimizar sus enfermedades crónicas previas y planificar la cirugía lo antes posible.
En la planta de hospitalización se controlarán las pautas establecidas para estos pacientes y se controlará el correcto estado del paciente antes y después de la intervención.
Traumatología coordinará el proceso en su conjunto con idea de realizar al intervención en las primeras 24-48 horas en los casos en que sea posible.
El Servicio de Geriatría contribuirá al correcto estado del paciente, la optimización de las enfermedades crónicas y el tratamiento de las posibles comorbilidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador principal será el tiempo preoperatorio, monitorizando el número de pacientes intervenidos en las primeras 24 y 48 horas.
Se monitorizará también la estancia hospitalaria, el tipo de fractura, datos epidemiolócos (edad, estado funcional previo y posterior, enfermedades asociadas, etc) y la supervivencia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De enero a junio de 2016 se han realizado los contactos pertinentes para formar el equipo de mejora. Se ha sensibilizado a los agentes implicados en la necesidad de mejorar el proceso. Se ha establecido la comunicación entre los servicios implicados para definir objetivos, identificar problemas y buscar soluciones.
Septiembre: Sesiones clínicas interdisciplinarias para exponer las pautas acordadas y buscar un protocolo común.
Octubre: elaboración y puesta en marcha de las acciones pactadas. Identificación de problemas y búsqueda de soluciones.
Octubre, noviembre y diciembre: ejecución de las pautas acordadas y monitorización del proceso
Enero de 2017: estudio y análisis de datos

9. OBSERVACIONES.
Se van a realizar reuniones mensuales para valorar el proceso e implementar mejoras viendo los resultados intermedios y valorando la opinión de los agentes implicados

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1000 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NASARRE GER ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· RUIZ PIÑERO ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En estos momentos en el sector de Barbastro no existe ninguna consulta establecida en la que pueda realizar un seguimiento a pacientes con una ostomía y sabemos que la atención del paciente ostomizado, tanto en su proceso de hospitalización como en su seguimiento posterior, requiere un tratamiento integral y personalizado que fomente su independencia en el manejo de la ostomía y mejore su calidad de vida.
Los pacientes son atendidos durante su ingreso por el personal de hospitalización. Debido a la carga de trabajo y a la ausencia de intimidad,la educación sanitaria de los pacientes se ven limitadas y
al ir a casa surgen dudas que no se saben resolver con muchas visitas a su CS con lo que aumentan las urgencias en el hospital.
Hay una persona formada en estomaterapia en el Hospital pero está trabajando a tiempo completo en otra actividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir la estancia hospitalaria
-Reducir el nº de visitas al Servicio de Urgencias y consultas de AT. Primaria
-Enseñar adecuadamente el material de ostomias y su correcto uso reduciendo así el gasto sanitario.
-Reducir la morbilidad detectando precozmente las complicaciones y evitarlas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implementar una consulta de Estomaterapia dentro del bloque de Consulta Externas del Hospital Barbastro con una enfermera con conocimientos en Estomaterapia a tiempo completo.
Debido al número de pacientes, esta actividad se iniciará con 1 día a la semana de consulta y se podrá ir incrementando según las necesidades.
Se habilitará una consulta con el material necesario para exploración(mesa escritorio, sillas, camilla, espejo), para gestión de la consulta (ordenador, teléfono con línea al exterior, agenda propia con códigos de captura...) con espacio para almacenaje, buena ventilación y si es posible con aseo dentro.
Se comunicará a Centros de Salud, Servicios de Cirugía y Urología,Urgencias, Admisión la apertura de la consulta.
Responsables Supervisora de CCEE y la enfermera de la consulta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº de pacientes con ca colorrectal ostomizados atendidos en cta estomaterapia
_____
nº de pacientes diagnosticados de ca colorrectal ostomizados

nº de complicaciones en pacientes atendidos
_____
nº pacientes atendidos en total

nº pacientes primera visita cta Estomaterapia
_____
nºpacientes nuevos diagnosticados

nº pacientes que reciben educación sanitaria en cta estomaterapia
_____
nº pacientes nuevos diagnosticados

nº consultas telefónicas resueltas en cta Estomaterapia
_____
nº total de consultas telefónicas

Mediante el registro informático de las atenciones, concretando con el Servicio de Admisión un código de captura de actividades propio como el resto de consultas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero 2017 :Exposición del proyecto a Dirección de Enfermería y Dirección Médica.
- Enero- Febrero 2017: habilitación de un espacio de consulta para consulta de Estomaterapia.
- Marzo 2017 :comunicación de la apertura de la consulta a centros de salud y resto de hospital.
- Marzo 2017: realización de folletos informativos.
- Abril- Mayo 2017: apertura de la consulta

Proyecto: 2016_1000 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. esun compendio de varios de los enfoques anteriores:educación para la Salud, continuidad de cuidados, confidencialidad,mejora de la autonomía

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedades digestivas y urológicas,
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FABREGAS CANALES MARIA DOLORES. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· BUIL PEREZ MARIA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· SANCHEZ SALAS MARIA PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad
crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapeúticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.
Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularan los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y revaluar a los seis meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1764 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

2. RESPONSABLE ..... ELENA CASTELLAR OTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANAO SENZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECCION
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BOLEA LADERAS LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· PESQUER VILAS ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
• Envejecimiento progresivo de la población + aumento de la supervivencia = mayor tasa de pacientes pluripatológicos, crónicos y dependientes
• Estos pacientes necesitan una ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA
• Gasto sanitario creciente, se precisa una adecuación de los ingresos hospitalarios (9% de los ingresos y 20% de las estancias medias serían inadecuadas)
• Población atendida en el Sector Sanitario de Barbastro:
- Alto índide de envejecimiento (>26% son mayores de 75 años)
- Alta prevalencia de comorbilidad y multimorbilidad
- Dispersión geográfica
- Número de ingresos de pacientes pluripatológicos creciente (casi el 20%), con Dx prevalente de IC y EPOC
- Cifras de rango similar en pacientes con enfermedad cerebrovascular
- Necesidad de cuidados paliativos creciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejorar la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores habituales.
• Mejorar los indicadores económicos de la comunidad y del Hospital.
• Disminuir el número de estancias en hospitalización de agudos.
• Disminuir la estancia media en hospitalización de agudos.
• Contribuir a la mejora de indicadores de los servicios que integran la Unidad.
• Dotar al sector de Barbastro de un recurso no existente hasta ahora.
• Mejorar e incrementar la colaboración entre Servicios.
• Filtrar y mejorar la selección de pacientes ingresados en Unidades Específicas (Paliativos y Descarga Quirúrgica, especialmente).
• Gestión precoz de las altas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.

• Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no disrupción de la asistencia.

• Reducción secundaria de lista de espera quirúrgica mediante la descarga de pacientes hospitalizados que presentan complicación médica en el post-operatorio, en especial de los Servicios de Cirugía General, Traumatología y Urología.

• Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.

• Creación de una guía clínica consensuada como plan de mejora para el Sector.

• Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.

• Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
• Consultas derivadas de la UCA: consultas de Demencia y Disfagia (Geriatría), consulta EVSS de Enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Medición de indicadores de calidad asistencial y de eficiencia en la gestión de la Unidad, obtenidas con bases de datos del Hospital
- número decreciente de reingresos
- altas precoces
- tiempo menor de espera en sala de urgencias

Proyecto: 2016_1764 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

- adecuación de ingresos en el tipo de paciente atendido
- menor estancia media
- mayor satisfacción de pacientes y/o familiares
- atención sanitaria más segura

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación en segundo trimestre 2017
Continuación en 2018

9. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES:
Criterios de ingreso en la UCA
- En Unidad de Continuidad Asistencial:
• se seguirán los criterios de selección de pacientes contemplados en el Plan de Atención a Paciente Crónico Complejo.

- En Unidad de Cuidados Paliativos:
• pacientes en fase final de enfermedad (oncológica y no oncológica) en los que el control de síntomas en domicilio no es posible. Se incluyen pacientes "premortem" sin posibilidad de tratamiento, si la familia no acepta el traslado a su domicilio y el éxitos es previsible a corto plazo.
• necesidad de sedación en medio hospitalario.
• procedimientos invasivos, como paracentesis o toracocentesis evacuadotas, u otras técnicas con riesgo en domicilio.

- En Unidad de Descarga Quirúrgica:
• Se incluyen pacientes valorados por EVSS (enfermería de valoración sociosanitaria) tras intervención quirúrgica, con estabilidad del proceso quirúrgico y con necesidad de seguimiento por patología médica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CRÓNICO COMPLEJO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... IRENE MARIA BURGASE ESTALLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO GONZALEZ ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MUR LASPALAS SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MORA PARDINA TERESA. PSICOLOGO/A CLINICO. H BARBASTRO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La diabetes mellitus tipo 1 (DM) es una enfermedad crónica en la que la destrucción de las células ß del páncreas conduce a una deficiencia absoluta de insulina. La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 en España se sitúa entre 0,2-0,3%, representando entre un 10% y un 15% del total de personas con DM. Aunque este tipo de diabetes representa tan sólo una minoría de la carga total de diabetes en la población es la forma predominante de la enfermedad en los grupos de edad más jóvenes en la mayoría de los países desarrollados. Esta enfermedad puede dar lugar a complicaciones agudas, como la cetoacidosis, y crónicas, como la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la vasculopatía. Los costes de la enfermedad, directos e indirectos, son muy altos.
En el importante ensayo clínico DCCT (Diabetes control and Complications Trial) ha quedado reflejada la importancia de que los pacientes diagnosticados de DM tipo 1 tomasen parte activa en el tratamiento adquiriendo conocimientos sobre su enfermedad, así como la relevancia de una colaboración estrecha con el equipo médico que los atiende, para alcanzar mejores objetivos metabólicos.
Para que el paciente tenga una participación activa en el tratamiento de su enfermedad es necesaria la educación terapéutica. Ésta consiste en un proceso continuo dirigido a la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades que permiten modificar actitudes y hábitos con la finalidad de optimizar el control metabólico, prevenir las complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida. La OMS considera que la educación diabetológica es una piedra angular del tratamiento de la diabetes y resulta vital para la integración del paciente diabético en la sociedad.
Según la guía de práctica clínica sobre diabetes mellitus tipo 1 desarrollada por el Ministerio de Sanidad en Mayo de 2012, se recomienda (con un grado A) el acceso de todos los pacientes con DM tipo 1 a un programa de educación terapéutica impartido por un equipo multidisciplinar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Llegar al máximo número de pacientes en el menor tiempo posible, complementando la educación individual realizada en la consulta
- Generar discusiones entre los pacientes participantes mediante la socialización de experiencias y así poder aprender de situaciones parecidas
- Potenciar el empowerment del paciente con el fin de impulsar su autoestima y confianza, de que participe en la toma de decisiones, de reconocerlos por su ideas y esfuerzos y de que tengan mayor control sobre sus actos
- Propiciar la colaboración activa del paciente con el equipo de salud para mejorar los resultados clínicos, el estado de salud y la calidad de vida
- Con todo ello se pretende conseguir el mejor control glucémico posible a fin de evitar, retrasar o detener las complicaciones microvasculares y macrovasculares, minimizar la hipoglucemia, el aumento excesivo de peso así como intentar mejorar su calidad de vida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación de un equipo de mejora multidisciplinar: especialista en endocrinología de adultos, enfermeras educadoras de diabetes, psicóloga clínica y nutricionista
- Diseño de un programa estructurado para la educación grupal del paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1
- Elaboración y búsqueda del material necesario para poder llevarlo a cabo (diapositivas, hojas informativas, talleres prácticos, recursos de Internet – enseñar a identificar aquellas páginas de consulta fiables que puedan ayudar al paciente -....)
- Organización de las Consultas para poder introducir la educación grupal en la práctica clínica asistencial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Las evaluaciones tratan de determinar de qué manera las modificaciones del conocimiento y de las técnicas contribuyen a un mejor comportamiento en los cuidados personales y a mejorías en las cifras de glucemia, disminución de las complicaciones, menor utilización de los servicios de asistencia sanitaria y mejor calidad de vida.
Como indicadores utilizaremos el número de pacientes que inicia y finaliza todo el programa educativo, los valores de HbA1c antes y después de comenzarlo, así como encuestas realizadas también al inicio y al finalizar el programa que evalúen la calidad de vida de los pacientes o los conocimientos adquiridos (algunas de ellas: encuesta de calidad de vida en pacientes con diabetes validada para población española – EsDQOL-, escala de valoración de hipoglucemia de Clarke, el cuestionario de satisfacción con el tratamiento –DTSQ-...).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De noviembre a diciembre de 2016: elaboración del programa de educación grupal y búsqueda y elaboración del

Proyecto: 2016_1026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

material necesario para llevarla a cabo.
Desde enero a marzo-abril de 2017: desarrollo de dicho programa, con reuniones formativas periódicas con el grupo de pacientes, así como del equipo multidisciplinar de educación terapeútica.
Si tal como se indica en la bibliografía consultada, este programa resulta coste-efectivo, seguirá integrado en la educación del paciente diabético independientemente de la finalización del periodo de prueba.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA PUYAL MELE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUR BARRABES DIANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA
· CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA
· NADAL ABADIAS NATALIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del Hospital de Barbastro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016. Partiendo de dicha base:
* Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro
* Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópos
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes
Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótropos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicotrópos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.
OCTUBRE 2016-ENERO 2017
* Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto
* Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótropos y los estupefacientes
* Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótropos y estupefacientes
MARZO DE 2017.
*Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede
* Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro
MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_0503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ANA MILAGROS LACOMA ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOA LARDIES ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· FERNANDEZ GIL MARIA. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· SOPENA PUYUELO ROSA. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· LOPEZ REYES ELISA. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· BUETAS CARRUESCO PAZ. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En enfermería se requiere frecuentemente personal adicional al que poder recurrir en situaciones como bajas por enfermedad, vacaciones, días de libre disposición para reforzar cuando hay sobrecarga de trabajo o para cubrir personal ausente. Los profesionales que cubren estas situaciones a menudo no poseen experiencia en nuestro servicio, corriendo el riesgo de disminuir la calidad del trabajo.
Ante la incorporación de nuevo personal en nuestra unidad, y dado el trabajo especifico que aquí se desempeña, deberíamos disponer de un procedimiento que sirva de información y formación a los nuevos profesionales.
Por todo lo expuesto entendemos la importancia de crear un grupo de mejora.
Se plantean los siguientes objetivos:
Disminuir la variabilidad en la práctica del trabajo
Utilizar los recursos de forma eficiente
Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un documento de acogida que sirva para facilitar la adaptación e integración del personal de nueva incorporación y que explique tanto los procedimientos básicos y comunes de nuestra unidad, para poder desempeñar su función.
Mejorar la adaptación del nuevo personal
Conocer la documentación propia del servicio
Mejorar la calidad de los resultados
Evaluación en la mejora de los resultados
Mejorar la comunicación entre los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Análisis de la situación
Formar el grupo de trabajo y designar tareas
Elaboración de un documento -protocolo de acogida
Elaborar un cronograma de tareas
Evaluación e implementación de las medidas de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº personas nuevas que se incorporan a
Elaborar un cronograma de tareas
Evaluación e implementación de las medidas de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Nº personas nuevas que se incorporan al servicio en un año y precisan documento acogida
Satisfacción profesionales mediante encuesta
Documento elaborado y colgado en la intranet

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. profesionales nueva incorporacion servicio de esterilizacion
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0853 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

2. RESPONSABLE ..... PAULA GOMEZ RIVAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· FLORIAN GERICO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· HARB SAID YAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· PINA SALVADOR JOSE MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· LALANA GARCES MARTA ELENA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace décadas es conocido el riesgo de reactivación de la hepatitis B en pacientes que inician un tratamiento inmunosupresor. Las consecuencias de esta complicación pueden ser muy graves. En los últimos 15 años, con la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores y biológicos ha habido un aumento en el número de casos comunicados en la literatura científica. En el año 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa acerca de la “Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor” alertando sobre el riesgo que supone la reactivación de este virus cuando se realiza un tratamiento con medicamentos inmunosupresores (quimioterapia tradicional, anticuerpos monoclonales, anti-TNF y corticoides). Este año 2016 se ha emitido una nueva nota sobre los inhibidores de la tirosin-kinasa.
Actualmente en el Hospital de Barbastro no hay ningún protocolo consensuado e implantado sobre el manejo del riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar un tratamiento inmunosupresor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Estimar cuántos pacientes han estado en riesgo de reactivación de la hepatitis B por un tratamiento inmunosupresor en el último año.
- Consensuar un protocolo de cribado de pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar terapia inmunosupresora
- Establecer las recomendaciones de actuación en las distintas situaciones serológicas de los pacientes en riesgo
- Implementar un protocolo de cribado y de recomendaciones de actuación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una revisión bibliográfica de las evidencias disponibles en cuanto al cribado y las recomendaciones de manejo de los pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B por terapias inmunosupresoras.
Se realizará un estudio de los pacientes que han iniciado terapia inmunosupresora en el último año así como su estado serológico frente a hepatitis B.
Se realizará una reunión con los servicios que más comúnmente prescriben terapias inmunosupresoras (oncología, hematología, reumatología, digestivo, dermatología) así como con laboratorio y medicina preventiva.
Se consensuará e implementará el protocolo de cribado y actuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Consenso de protocolo de cribado y actuación: SI/NO
- Implantación de protocolo de cribado y actuación: SI/NO
Una vez implantado el protocolo de cribado y actuación se calcularán los siguientes indicadores:
- Nº de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/ total pacientes que inician tratamiento inmunosupresor
- Nº de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados
- Nº de pacientes reactivación del virus de la hepatitis B/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer trimestre: Revisión bibliográfica y envío a todos los profesionales implicados. Estudio inicio de tratamientos y serologías.
- Segundo semestre: reunión y consenso del protocolo
- Tercer trimestre: implantación del protocolo
- Cuarto trimestre: seguimiento de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0853 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0923 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO GASTON AÑAÑOS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVERA BARDAJI ROSARIO. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LISA MORCILLO CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· NAVARRO BOMETON PILAR. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ABARDIA VILLACAMPA AVELINA. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GUTIERREZ MAICAS ANA. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· FARO ESCUDER DORIS. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ORTEGA DOMPER OLIVIA. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el transcurso de los últimos años la farmacia hospitalaria ha experimentado una gran evolución. Los Servicios de Farmacia Hospitalaria actualmente desempeñan funciones de alta especialización y capacitación, siendo el farmacéutico de hospital referente en todo lo relacionado con los medicamentos, la seguridad y la investigación, y una figura clave en muchas áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, la patología infecciosa, las enfermedades neurodegenerativas, artropatías, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico. En esta situación es clave que el personal auxiliar y técnico de farmacia desarrolle en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar un adecuado funcionamiento del servicio. Debido a la creciente complejidad de los tratamientos almacenados, dispensados y elaborados en los Servicios de Farmacia, es imprescindible una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por parte del personal auxiliar y técnico. La elaboración y edición de un manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia hospitalaria puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria
Edición impresa del citado manual
Difundir el manual entre el personal del servicio de farmacia hospitalaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se seleccionarán las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico, así como conceptos clave para el desarrollo de las mismas.
Se elaborará un capítulo para cada actividad y/o función por el farmacéutico del servicio de farmacia hospitalaria.
Se realizará el diseño y maquetación del manual.
Se difundirá entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, y formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de capítulos elaborados
Edición del manual impreso: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer trimestre: Selección y distribución de capítulos
Segundo semestre: Elaboración de los capítulos
Tercer trimestre: Elaboración de los capítulos
Cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología hospitalaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0934 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PUYUELO BLECUA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BUERA ARGAZ JAIME. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· MOLINER MARCEN IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras la publicación del informe “To err is human” en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la trascripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como: problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas…), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de trascripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial.
La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc).
En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergias, duplicidades, etc…)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®).
Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios.
Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas.
Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso.
La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
o Nº de reuniones presenciales
o Nº de sesiones formativas realizadas
o Nº de usuarios médicos formados
o Nº de enfermeras formadas
o Nº de usuarios creados en el programa
o Nº de consultas telefónicas al SF tras la formación
o Nº de médicos formados ajenos a la unidad de MI
o Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
o Nº de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
o Nº de instrucciones de trabajo creadas
o Grado de satisfacción del personal médico
o Grado de satisfacción del personal de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las fechas son orientativas

Proyecto: 2016_0934 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
- Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo. Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos 10/01/2017-19/01/2017
- Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
- Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
- Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017
- Sesión formativa médicos 28/02/2017
- Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
- Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
- Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
- Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
- Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
- Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
- Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
- Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
- Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

9. OBSERVACIONES.
Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar el proyecto

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0108 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO TERMINAL

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO ZAMORA MUR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD RUIZ ALODIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. GERIATRIA
· GRANDE MANJON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras años de actividad asistencial, detectamos la necesidad de mejora de atención al paciente geriátrico terminal en cuanto a manejo de sintomatología, priorización de tratamientos conservadores, adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico y sedación en los supuestos éticos y legales actuales. Además, se determinó la necesidad de mejorar la atención del familiar y/o cuidador principal del pacientes, además de enfocar adecuadamente el destino del paciente en función de todos estos aspectos. El quipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos se encuentra en estos momentos implantado, contando con personal médico geriatra, de enfermería y trabajadora social para atender los aspectos previamente descritos del paciente terminal. Además de los aspectos previamente descritos en cuanto a actividad asistencial, se encarga de coordinar altas de pacientes en situación de terminalidad, de forma que sea derivado a Atención Primaria y/o ESAD. Cuenta con más de dos años de actividad, de forma creciente, por lo que tratamos de analizar dicha actividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como objetivo pretendemos analizar la actividad asistencial llevada a cabo desde la implantación de este nuevo servicio, tipo de pacientes atendidos, servicio desde el que se solicita la colaboración y destino al alta del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se recogerán como variables la estancia media del paciente en el hospital, el servicio que solicita colaboración del Equipo, el destino al alta del paciente, el número total de pacientes atendidos en el tiempo de realización del proyecto. Se analizarán los datos mediante programa de estadística y se presentarán os resultados mediante sesiones y charlas divulgativas. Los diversos aspectos serán realizados de forma conjunta por los diferentes responsables del proyecto e integrantes del Equipo de Soporte

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Como indicadores del proyecto se recogerán la estancia media del paciente y el número de procesos atendidos en el tiempo de seguimiento del proyecto. Dichos indicadores se obtendrán a través del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital de Barbastro

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto inicia en Enero del presente año 2016 con previsión de finalización en Enero del 2017, momento en el que se presentarán los resultados obtenidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. dependencia, fragilidad, terminalidad y pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1773 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA BIBIAN GETINO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRANDO LACARTE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· GRANDE MAJON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· LAGRABA MIGUEL CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Valoración geriátrica integral:
o Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.
- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.
- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.
- Valorar polifarmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017: Detección en consulta externa de pacientes que cumplan criterios de sd. fragilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sd. fragilidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1774 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIBIAN GETINO CLARA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· GRANDE MAJON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· LAGRABA MIGUEL CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.
Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia
- Sobrecarga del cuidador.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes valorados.
- Identificación sd. geriátricos.
- Identificación polifarmacia/yatrogenia
- Valoración funcional
- Optimización de recursos: No duplicación de consulta externa con diferentes especialidades.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017: - Identificación de pacientes con demencia y realización de valoración geriátrica integral.
- Disminuir duplicidad de consultas externas de especialidad

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_0379 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS LENDY. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAN MARIA FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Los pacientes anticoagulados con Sintrom requieren, con cierta frecuencia, extracciones dentarias o procedimientos dentarios menores.
Habitualmente estos pacientes son derivados desde su odontólogo o médico de atención primaria a Hematología para suspender temporalmente el tratamiento anticoagulante oral y realizar terapia puente con heparina de bajo peso molecular.
La suspensión del tratamiento anticoagulante oral comporta un aumento del riesgo trombótico, sobre todo en los pacientes de alto riesgo (prótesis mecánicas, trombofilias...).
Las guías internacionales actuales recomiendan NO SUSPENDER el tratamiento anticoagulante oral ante procedimientos de bajo riesgo hemorrágico (extracción dentaria única, limpieza bucal, etc...).
En el momento actual: el paciente va al dentista, es derivado a Hematología, donde se realiza pauta de suspensión y paso a HBPM, enviándola al Centro de Salud. El paciente debe acudir al centro de salud a recoger la pauta, y posteriormente al Hospital el día de la extracción para control INR. Finalmente se realiza la extracción.
Se pretende que el paciente, al acudir al dentista, reciba la pauta y únicamente se realice el control de INR en el centro de salud, 1 o 2 días antes de la extracción.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Evitar la suspensión temporal del tratamiento anticoagulante oral en pacientes que no lo requieren, disminuyendo de esta manera el riesgo trombótico asociado.
- Aplicar un documento consensuado con el Colegio de Odontólogos de Aragón para el manejo de estos pacientes.
- Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología, de los Médicos de Atención Primaria y de los propios odontólogos; así como evitar viajes y consultas innecesarias a los pacientes anticoagulados.
- Ahorro económico al evitar la administración de HBPM cuando realmente no se precisa.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Se pretende elaborar un documento para el manejo de pacientes anticoagulados con Sintrom que precisan procedimientos o extracciones dentarias en nuestro sector sanitario, consensuado con el Colegio de Odontólogos pertinente.
Dicho documento debe incluir instrucciones sencillas sobre el procedimiento a seguir (no suspender Sintrom, cuándo realizar control de INR, medidas hemostáticas locales a realizar, precauciones y signos de alarma...), para su aplicación en el día a día por parte de los Odontólogos, sin tener que remitir a los pacientes al Servicio de Hematología o a Atención Primaria.

Una vez realizado el borrador del documento, se debería presentar a los Odontólogos de nuestro sector (breve charla, presentación de diapositivas), de manera que se pudiera establecer una comunicación bilateral para poder solventar dudas y escuchar aportaciones de los mismos.
Una vez aprobado el documento final, se remitiría a las Clínicas Odontológicas, Centros de Salud y/o pacientes de cara a su utilización en la práctica habitual.
Tras un periodo de aplicación, realizar una encuesta a los Odontólogos valorando el grado de cumplimiento del documento, el grado de satisfacción y las dudas/problemas que hayan surgido durante dicho periodo.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de Sintrom ante procedimientos dentales menores ((nº pacientes año estudio – nº pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones en el procedimiento.
- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores arriba señalados), los resultados de la encuesta realizada a los Odontólogos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración y calendario
- 2 meses: revisión bibliográfica y elaboración del borrador del documento.
- 2 meses: presentación del borrador a los odontólogos y Colegio de Odontología para consensuarlo y solventar dudas.

Proyecto: 2016_0379 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

- 6 meses: aplicación del documento en la práctica habitual.
- 2 meses: encuesta de satisfacción a Odontólogos y elaboración de un informe con los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ANTICOAGULACION

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1766 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS LENDY. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAN MARIA FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PUYAL MELE ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MAIRAL LACOMA BEATRIZ. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La seguridad de todo el proceso de la transfusión es un objetivo primordial.
Además de las medidas realizadas habitualmente (comprobación de grupo en banco de sangre, comprobación de grupo en la cabecera del paciente...), existen hoy en día otros métodos para aumentar la seguridad transfusional.
Desde la Comisión de Transfusión del Hospital de Barbastro se propuso la puesta en marcha de un sistema informático de seguridad transfusional con el objetivo de mejorar todo el procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Puesta en marcha de un sistema de seguridad transfusional informatizado.
- Formación del personal de laboratorio (técnicos, enfermería y facultativos) para el manejo de dicho programa.
- Reducción del número de errores transfusionales.
- Mejora en la trazabilidad del procedimiento transfusional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Contactar con empresas encargadas de suministrar el software adecuado.
- Adquisición de materiales necesarios: PDAs y pulseras con códigos de barras.
- Formación del personal hospitalario para el manejo de las PDAs.
- Conexión informática entre el nuevo software y los programas disponibles previamente en laboratorio.
- Elaboración de un documento con el procedimiento a seguir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de transfusiones que se realizan con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas con el sistema informático/ nº de transfusiones totales)x100
- Porcentaje de transfusiones realizadas correctamente con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas correctamente/nº transfusiones realizadas con el sistema informático) x 100
- Evaluación de los errores transfusionales en el periodo de un año y comparación de los mismos con años posteriores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 3 meses: contacto con empresas suministradoras y acuerdo con Dirección para aprobar el proyecto.
- 6 meses: puesta en marcha del proyecto.
- 3 meses (y posteriores): evaluación de primeros resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Transfusión sanguínea
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitamina K (AVK) deben acudir con mucha frecuencia al hospital y/o Centro de Salud para realizar controles de INR.
El hecho de que tengan que tanta dependencia del las instituciones sanitarias, obliga a que tengan que pasar un tiempo considerable en el hospital y/o Centro de Salud realizando el control y esperando la pauta, interfiriendo en la propia calidad de vida del paciente.
Existen guías que informan del manejo y monitorización de los pacientes que podrían ser incluidos en un programa de autocontrol.
En la actualidad muchos pacientes acuden a primera hora de la mañana para realizar INR capilar. Posteriormente, la enfermera transmite el INR en el programa de monitorización de AVK (TAOnet®), y luego, los pacientes tienen que esperar una media de 1-2 horas mientras se hacen los informes de AVK, según el trabajo de los Facultativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados que se esperan conseguir:
-Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
-Aplicar las guías existentes para Autocontrol de AVK para el manejo de estos pacientes.
-Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología.

Método y actividades para mejorar:
-Selección de los pacientes más adecuados, y contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control
-Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, así como unos talleres formativos para pacientes que sean subsidiarios de iniciar un programa de autocontrol. La charla de formación teórica será llevada a cabo por un Facultativo Especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitamina K y modo de realizar la autodosificación del tratamiento (tablas recogidas en un diario).
-Existen unos diarios donde se explican las pautas de anticoagulación que se deberán seguir en función del INR objetivo (según la patología del paciente), y del que se obtenga con el coagulómetros portátiles.
-Se realizará un taller práctico, por parte de diplomados en Enfermería, sobre el manejo de los coagulómetros portátiles, el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
-Se Organizará un circuito con visitas periódicas en la Consulta Hemostasia para monitorizar los resultados obtenidos de forma ambulatoria, solventar dudas y problemas que hayan ido surgiendo. Se utilizará la vía telefónica como medio de contacto preferente.
-Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La propuesta consistiría en seleccionar una población de pacientes que presenten un buen control del tratamiento anticoagulante oral, los cuáles tengan obligaciones o un ECOG, que impidan o dificulten acudir a los centros hospitalarios. Una vez seleccionada la población diana, se elaborarían talleres de formación, y monitorización periódica del programa en la Consulta de Hemostasia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de AVK ((nº pacientes año estudio – nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
-Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.
-Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-2 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.
-1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
-Junio-Julio de 2017: Inicio del programa en un primer grupo de pacientes.
-Un mes después: visita en la Consulta de Hemostasia con cada uno de los pacientes, con el fin de revisar si se

Proyecto: 2016_1767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

ha realizado correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que pueden haber surgido en este primer mes.
-Valorar 3-6 meses después incluir un nuevo grupo de pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tratamiento anticoagulante Oral.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0619 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUAR LA MONITORIZACION DE PACIENTES CRITICOS EN TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARIA LOPEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· MARTINEZ TRIVEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· PLAZA CUELLO ALBA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· ALEGRE CASTRO MARCOS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El traslado del paciente crítico intrahospitalario, prioritariamente para pruebas diagnósticas/terapéuticas conlleva a veces a complicaciones como extubación del paciente intubado, inestabilidad hemodinámica por fallo en las bombas de medicación y/ó colapso en los sistemas de vías, hematuria secundaria a lesión por sondaje vesical con salida ó no del mismo; pérdida del sondaje nasogástrico. El control respiratorio debe ser exquisito para mantener una adecuada oxigenación del paciente que a veces se ve mermada por fallos en los sistemas respiratorios de transporte que no han sido adecuadamente revisados previamente. A veces se une el tener asistencia por personal de enfermería que no está familiarizado con el cuidado del paciente crítico, por lo que precisaríamos de enfatizar en la formación del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Valorar la necesidad real del traslado en relación al riesgo/beneficio para el paciente
Evitar complicaciones secundarias derivadas directamente de las maniobras de traslado del paciente
Minimizar todas aquellas alteraciones secundarias al estado crítico del paciente y por tanto de su sensibilidad a las maniobras del traslado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar un protocolo básico de traslado con una monitorización mínima
- Protocolo ampliado en caso de monitorización añadida
- Conocimiento de los sistemas de transporte tanto respiratorios como hemodinámicos
- Listado de tareas a revisar antes de la salida de la uci

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Anotar los efectos adversos acontecidos durante el traslado
- Registrar los fallos surgidos en los sistemas de traslado
- Ambos listados deberán ser revisados por el médico y el personal de enfermería responsables del traslado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 10 meses
Sesión informativa previa a los diferentes estamentos implicados: auxiliares de enfermería, enfermería y médicos
Realización: En base al momento en que se realicen los traslados de los pacientes según necesidades diagnósticas y/ó terapéuticas

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Control y monitorización del paciente crítico en traslados intrahospitalarios; prevención de complicaciones asociadas al mismo e intervención

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier Patología Grave subsidiaria de ingreso en Uci
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0874 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... CARLOS GONZALEZ IGLESIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GRASA LANAU JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GALLEGO BARRABES SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· MENDIARA BERBIELA YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadactación de la ventilación mecánica, sobresedación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticulosos se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:
- Falta de un protocolo de actuación.
- Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...
- Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
- Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.
La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.

- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.
Inicio: 1 Noviembre 2016.
Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:
-Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Proyecto: 2016_0874 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología grave
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA (IAH): REQUISITO DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA, SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM

2. RESPONSABLE ..... ELENA CASTELLAR OTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BRU MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BOLEA LADERAS LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· OMATOS MANGADO SONIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El estudio y evaluación de la calidad asistencial en los servicios de salud, se inició a mediados del siglo XX, con el trabajo Evaluación de la calidad de la atención médica, publicado en 1966 por Avedis Donabedian. En los años siguientes se fueron desarrollando diversas herramientas metodológicas de gestión de la calidad en servicios de salud. Entre ellas, la Joint Commission americana, las normas ISO europeas, y en nuestro entorno más cercano algunas como el Modelo de Acreditación y Mejora Continua (Andalucía), o el programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial) de Murcia. En esta misma línea, aparece a finales del siglo XX (1991) el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, el EFQM.
La Medicina Interna es una disciplina médica de atención integral, y dado el carácter global propio de la especialidad, dentro de los procesos asistenciales (siendo el principal la hospitalización), se pueden plantear diversos objetivos estratégicos; es importante elegir uno como objetivo principal anual del Servicio, para centrar el máximo interés en él.
En la metodología de gestión de calidad asistencial, los criterios clásicos a tener en cuenta para la elección del área de mejora son:
- número de pacientes a los que afecta su mejora
- beneficio que supone para la salud
- ser factible
- depender de los profesionales
- ser coste-efectiva

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Según la EFIM (European Federation of Internal Medicine), uno de los requisitos de calidad en la práctica clínica en Medicina Interna es la elaboración de un informe de alta adecuado.
OBJETIVO PRINCIPAL: la utilización del IAH como objetivo estratégico de mejora de la calidad asistencial en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Barbastro.
OBJETIVOS SECUNDARIOS: facilitar la continuidad asistencial, reducir el tiempo de búsqueda de información, evitar la repetición de pruebas y visitas innecesarias, disminuir los errores en la medicación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La SEMI convocó en 2009 a la mayor parte de Sociedades Científicas Médicas (Medicina Interna, Nefrología, Cardiología, Neurología, Medicina Intensiva, Medicina de Atención Primaria, Neumología, Endocrinología, Oncología y Foro Español de Pacientes) y se aprobó en 2010 un documento de consenso para la elaboración del IAH.
Siguiendo las recomendaciones establecidas en dicho documento, en nuestro Servicio se implantará un plan de mejora en la redacción de los IAHs, con las siguientes directrices:
1. Descripción general:
- el IAH debe ser un resumen sintético, preciso y conciso, y ha de redactarse en términos médicos
- el principal destinatario es el paciente, al que se le debe explicar la importancia de custodiarlo
2. Información y comunicación al paciente:
- la información escrita debe complementarse con una explicación verbal, motivo por el que el IAH debe ser entregado por un médico
- Tras el alta hospitalaria, será el Médico de Familia el coordinador principal de los cuidados
3. Comunicación entre médicos y datos importantes:
- el IAH no debe ser el único contacto con el Médico de Familia, la comunicación bidireccional fluida entre ambos niveles es imprescindible
- En el IAH deben constar de forma explícita todos los datos necesarios para una buena codificación (motivo del ingreso, antecedentes, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos, complicaciones y destino al alta)
- Se deben reflejar aspectos clave: funcionalidad, estado cognitivo, comorbilidad y valoración social
- Se deben reflejar los parámetros de analítica básica y los alterados
- Se intentará evitar la utilización de acrónimos y siglas
4. El tratamiento médico:
- debe quedar explícito qué sucede con el tratamiento previo, o describir el tratamiento al completo
- Definir con claridad el nombre del fármaco, vía de administración, dosis y duración del tratamiento
- Se deben evitar cambios injustificados de tratamiento
5. Implantación:
- las herramientas informáticas deberán facilitar la sencilla realización del IAH.
- La compatibilidad de sistemas informáticos es una condición necesaria para la coordinación médica eficaz

Proyecto: 2016_0174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA (IAH): REQUISITO DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA, SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA EFQM

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los INDICADORES para monitorizar el proyecto serán: motivo de consulta, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos y destino al alta. Estos indicadores se obtendrán mediante consulta a la Unidad de Codificación. Además, como método de evaluación interna, se seleccionarán de forma aleatoria un porcentaje de los informes de alta, en los que se revisará si existe información detallada sobre estado cognitivo, funcionalidad y cambios en el tratamiento, realizándose un registro de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1 de enero de 2017. Fecha de finalización: 30 de junio de 2017. La recogida de datos de indicadores se realizará de forma mensual. La evaluación interna para la creación del registro se realizará de forma quincenal, de manera que se pueda implementar estrategia de mejora si se detectan deficiencias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todos los pacientes hospitalizados en Medicina Interna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NECESIDAD DE IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. CONTINUIDAD DEL PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETALACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALDONZA ANIA LAHUERTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ABOS MIR TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· CASTELLAR OTIN ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La literatura médica publica que sólo el 10% de los pacientes que en su historia clínica está reflejado que son alérgicos a penicilina, lo son en realidad. Este error en el fondo y en la forma debería cambiar en la práctica clínica diária, por considerarse que es una información importante que aparece en la primera línea de nuestros informes y que puede modificar nuestra praxis a la hora sobretodo del tratamiento. Esta es la razón por la que en el año 2015 iniciamos un proyecto de calidad para conocer la realidad de este problema en pacientes hospitalizados en la planta de Medicina Interna en el Hospital de Barbastro. A día de hoy, llevamos nueve meses recogiendo datos. Precisamos continuar con este proyecto para ampliar los resultados obtenidos hasta ahora y justificar la necesidad de disponer de una consulta de Alergias en nuestro centro hospitalario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizamos un estudio descriptivo transversal valorando la alergia a betalactámicos que está reflejada en la historia clínica, de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Barbastro, entre los meses de diciembre de 2015 y septiembre de 2016, ambos incluidos. Utilizamos una encuesta compuesta de 5 apartados con preguntas formuladas al paciente o familiares. Además, hemos realizado una valoración del porcentaje de pacientes obstétricas que acuden a consultas y que eran alérgicas a la penicilina.
Los resultados obtenidos hasta ahora indican que en nuestras historias clínicas hay un 7% de pacientes que tienen reflejado que son alérgicos a los betalactámicos. Que el rango de edad de la mayoría de estos pacientes está entre 71 y 90 años que representa la población con más comorbilidades. El porcentaje de pacientes que tienen realizadas prueba de alergia es de 28%. El porcentaje de pacientes que no recuerdan ni signos ni síntomas de reacción alérgica representa el 42% sin poder precisar el fármaco administrado.
En las pacientes embarazadas un 5% presentaban alergia a la penicilina. Todas habían sido valoradas por un alergólogo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Lo que nosotros observamos hasta ahora es que en un porcentaje muy elevado de pacientes no está confirmada la alergia a los betalactámicos, no pudiendose utilizar un arma terapeútica, que en algunas patologias puede tener unas consecuencias fatales. Al tratarse de pacientes con edades avanzadas, la comprobación de la alergia requiere la realización de pruebas de provocación por un alergólogo.Valoramos la necesidad de disponer al menos en cada hospital de una consulta de alergias para valoración de los pacientes que lo precisen tras ser dados de alta hospitalaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Continuar con la recogida de datos para cumplir más de 12 meses.
-Justificar la necesidad de implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital.
-Seleccionar a los pacientes que se beneficiarian de pruebas de provocación alergológicas para verificar la realidad de la alergia a los betalactámicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Continuar sin interrupción con la amannesis y recogida de datos.
- Poner en marcha antes de finalizar 2016 la consulta de alergia.
- Comprobar el beneficio de la consulta a los 6 meses de actividad para solicitar una continuidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION LOPEZ GOMEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MALO FERRER MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· NADAL ABADIAS NATALIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· MIRANDA PEREZ LOURDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· COSTA CATALAN PALOMA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el proyecto de calidad (num 449) del año 2015 se ha desarrollado un protocolo de detección y descontaminación de portadores de SARM al ingreso entre los pacientes con factores de riesgo determinados. Actualmente se ha implantado dicho protocolo y vía clínica en las areas de urgencias y hospitalización. El objetivo del nuevo proyecto consiste en la evaluación de las medidas implantadas y los resultados obtenidos, para llevar a cabo un proceso de mejora continua.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la transmisión de SARM, optimizando los aislamientos y mejorar la atención del paciente portador mediante el uso de protocolos y vías clínicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas previstas serán:
**Continuar con la detección activa en urgencias y plantas de hospitalización, de portadores de SARM (Enfermería y Microbiología), su ubicación en cohortes (Enfermería y Med. Preventiva) y la realización del protocolo de descontaminación correspondiente mediante vía clínica.(Enfermería, Med. Preventiva y Microbiología).
**La evaluación de los resultados y el diseño del plan de mejora continua. (Med. preventiva, microbiología y unidades de enfermería)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a evaluar serán: la incidencia de SARM, la densidad de incidencia, la densidad de transmisión. Y el objetivo a conseguir será la disminucíón de los mismos con respecto al año anterior.
Otro indicador sería el número de pacientes aislados en habitación individual por SARM y el objetivo será disminuirlo con respecto al año anterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2016- evaluación- diseño del plan de mejora
2017- implantación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0248 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
· LOPEZ AGUERRI NATALIA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BARRIGA CONDE ANA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ SANCHEZ BELEN. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· COSTA CATALAN PALOMA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SOTO BEDMAR ALICIA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. El conocimiento de los patrones antibióticos de las bacterias que más frecuentemente producen ITU en el ámbito local, es importante para indicar un tratamiento empírico racional y adecuado.
El proyecto de mejora pretende investigar las infecciones urinarias de nuestro sector sanitario con el fin de recomendar la antibioticoterapia empírica apropiada en base a los microorganismos aislados y su perfil de susceptibilidad antibiótica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la calidad del uso de antibióticos en nuestro Sector Sanitario y valorar si alguna de las pautas de tratamiento empírico para ITU aceptadas en nuestro país serían aplicables en nuestro entorno.
-Implicar a los profesionales sanitarios en un proceso de mejora continua en el uso de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El equipo de trabajo está constituido por personal del Laboratorio, el cual:
- Definirá las variables que se registrarán para el análisis de datos (microorganismos aislados, patrón antibiótico y mecanismos de resistencia).
- Establecer los criterios de inclusión de pacientes en el estudio.
- Revisión de bibliografía y de las recomendaciones de las principales guías de tratamiento antibiótico de nuestro país.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores en este estudio van a ser:
- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de los principales microorganismos aislados en los últimos años en ITU comunitarias de nuestro sector sanitario.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante 2016 se recogerán datos y se diseñará el plan de mejora y durante 2017 se implantará el mismo y se analizarán los datos obtenidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1780 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION VEGA VIDALLE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA HERVAS AMELIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· URBANO GONZALO OSCAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· LALANA GARCES MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a transplante renal.
En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
3.1- Revisión del documento "serología de pacientes en Hemodiálisis", actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.
3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.
3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti HBc) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1780 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología renal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1783 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

2. RESPONSABLE ..... AMELIA GARCIA HERVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· URBANO GONZALO OSCAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· VEGA VIDALLE CONCEPCION. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA-HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Ciñéndonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m2 (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año.
Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas.
Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal.
El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.
6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades especificas de enfermería:
- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunacional individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.

Proyecto: 2016_1783 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

- Recogida de datos clínicos y analíticos para ulteriores estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: < 150/90 = 0, > 150/90 = 1).
b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl= 0, < 10,5 y/o > 12 = 1), PTH (valores: < 300 ng/ml= 0, >300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, < 8,5 y/o > 10 = 1), fósforo (valores: < 5 mg/dl = 0, > 5 mg/dl = 1) y potasio (valores: < 3,5 mEq/l = 0, > 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores: = número de reingresos)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del Hospital para su aprobación durante 2017
- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORAO BUISAN MARIA FELISA. TCAE. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· BUETAS AURE MARIA REYES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE,CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETODO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESAROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES,DESDE ANALITICAS ORDINARIAS,RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCION LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO:QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ENTEGRA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de Esclerosis múltiple?
AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESAROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2016_0528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0879 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUACION DE INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO PEREZ LARA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· BUERA AGRAZ JAIME. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· CAMPO CAMPO MARIA PILAR JUDITH. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· SANZ PUERTOLAS PATRICIA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· ASARTA SANCHEZ-FORTUN MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existencia de gran demora en las segundas visitas de neurologia, lo que presupone empeoramiento en la calidad asistencial Dificultad en la comunicación entre primaria y neurología con ausencia de una vía de contacto efectiva y segura. Segundas visitas que pasan a ser primeras visitas preferentes, consumiendo recursos y aumentando la demora ya existente Insatisfacción del paciente, del médico de atención primaria y del neurólogo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejoría de la calidad asistencial adaptándose al contexto asistencial actual de las voluminosas listas de espera existentes con su consiguiente demora, ofreciendo la posibilidad de contactar desde primaria con el especialista de neurología en situaciones específicas con la creación de un circuito de comunicación rápido, eficaz y que preserve la confidencialidad del paciente Disminución de recitas innecesarias a neurologia, visitas a primaria (por misma queja no resuelta), visitas a urgencias e incluso reduccion de hospitalizacion. Registro de una actividad que ya se realiza

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Uso de herramienta informática "interconsulta telemática" a traves de HCE. Interconsulta será personalizada para cada neurólogo (excepto vacaciones) con el compromiso de resolución de dicha interconsulta en 3-5d laborables. Se mantendrá el proyecto con los Centros de Salud de Monzón Rural y Urbano, ampliándose la actividad a CCSS de Binefar y Albalate de Cinca

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de las interconsultas realizadas con análisis posterior. Escalas de satisfacción (primaria, neurología, pacientes)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: Coordinación e información a CCSS referidos mediante sesiones informativas e Inicio del programa a partir del 5 de octubre. Posterior solventación problemas si los hay

9. OBSERVACIONES.
Excelente experiencia con la interconsulta telemática en los CCSS Monzón de noviembre 2015 a septiembre 2016, con 55 consultas, casi en su totalidad debidas a empeoramiento clínico y problemas derivados del tratamiento así como epilepsia y parkinson. 2/3 pacientes fueron remitidos a consulta especializada de manera preferente. Escalas de satisfacción pendientes de recogida y análisis. Favorable acogida por primaria y neurología

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0901 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... LARA MARIA CALVO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· FERRER PARGADA DIEGO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· GARCIA SOLANS MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIETETICA Y NUTRICION
· ZAMORA MUR ALFREDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· POLO ROYO MARCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa poco prevalente pero de gran complejidad por su manejo y pronóstico. Se manifiesta clínicamente por debilidad muscular progresiva generalizada, produciendo dificultades de movilidad y deambulación, lenguaje, alimentación y, posteriormente, dificultad respiratoria. Esto produce una importante discapacidad funcional y dependencia de asistencia de terceras personas o dispositivos como adaptaciones o ayudas técnicas. Además de la progresividad de la enfermedad conlleva que el paciente tenga que ir adaptandose constantemente a los cambios. La mejor manera de manejar los problemas derivados de la enfermedad y las diferentes decisiones médicas es a través de equipos multidisciplinares que abarquen todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo global en la atención de los enfermos de ELA es garantizar una asistencia con el nivel de especialización que requieran en cada momento, de acuerdo a la evolución de su enfermedad, mejorando la calidad en la asistencia de los pacientes con ELA. Seguimiento mas estrecho de la enfermedad, control clínico y analítico. Diagnostico y tratamiento de forma precoz las posibles complicaciones de la enfermedad. Mejoría de comunicación entre todos los especialistas sobre cada paciente. Disminución de multiples desplazamientos del domicilio del paciente al centro hospitalario para visitas de cada especialistas por separado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Seguimiento estrecho del paciente con ELA en nuestra área sanitaria con revisiones cada 90 días en una consulta multidisciplinar formada por Neurología, neumología, nutrición, rehabilitación, trabajo social, unidad de paliativos para abarcar todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

Estructura de la visita: Realización de gasometría arteria y analítica general. Seguirá primera valoración por neurología, a continuación se realizará espirometria y consulta por neumología. Posteriormente acudirá a la consulta de la nutricionista y enfermera para realización de test de disfagia y por último, valoración por rehabilitación y psicología. Se solicita a lo largo de la evolución del paciente, colaboración por los servicio de paliativos y trabajo social. Al finalizar todas las consultas, el equipo multidisciplinar se reúne para comentar la valoración de cada paciente, la evolución que ha objetivado en cada area y la actitud terapéutica tomada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Escala de satisfacción de pacientes y familiares.
Evaluación clínica con número de visitas/ingresos a urgencias, escalas de calidad de vida y supervivencia media

Seguimiento y recogida de indicadores trimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Consulta funcionante desde julio 2015 con progresiva de adhesión de nuevos servicios. Inicio oficial a partir de octubre 2016
Duración indefinida

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0669 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

2. RESPONSABLE ..... CORALIA GONZALEZ PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ MEDEL JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALLEJAS REDONDO MARIA ESPERANZA. ENFERMERO/A. CME MONZON. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GISTAU FERRANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CME MONZON. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BALLARIN BUISAN SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOPEZ ALONSO BEGOÑA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VILCHEZ BRUNED ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A pesar de los progresos alcanzados, la cirugia ginecologica aun conlleva un alto porcentaje de complicaciones y este porcentaje sigue siendo mayor en la cirugia abdominal frente a la vaginal.
Durante el año 2016, hemos revisado las histerectomías realizadas en el Servicio de ginecología de Barbastro y hemos observado una alta tasa de complicaciones (un 35%) . La complicación más frecuente ha sido la anemia grave postoperatoria (un 29,4%) el síndrome febril (un 11,7%) y el hematoma de cúpula (un 14,7%)
Las histerectomías abdominales se complican más que las vaginales.
La estancia media es de de 5,4 días y el % de reingresos es del 8%.
Nos parece una tasa inaceptable de complicaciones, con una estancia media alta y se ha procedido a revisar todas las pacientes operadas en el año 2016, para valorar las indicaciones y buscar alternativas de mejora.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO:
La histerectomía por diferentes indicaciones constituye el 33% de la cirugía ginecológica realizada en nuestro servicio, siendo la miomatosis uterina sintomatica la indicación más frecuente, seguida por los procesos neoplásicos y luego por los prolapsos genitales.
Se han realizado 27 Histerectomías abdominales y 7 Vaginales.
La vía abdominal se utilizó en un 82% de los casos y la vía vaginal en un 18% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales.
La edad promedio de las pacientes es 55 años con edades extremas 36 y 83 años.
El promedio de estancia hospitalaria es de 5,4 dias, minimo 4 y la máxima 12 dias.
Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y trombo embolica.
En cuanto a complicaciones encontramos un total de 35%:
Infeccion de orina: 2,9%
Infecciones de pared abdominal: 2,9%
Anemia postoperatoria: 29,4%, de las cuales el 80% requirieron hierro parenteral y ninguna transfusión postoperatoria (todas por protocolo tienen pruebas cruzadas realizadas y sangre en reserva)
Hematoma de cúpula: 14,7%,, las cuales constituyen el 50% de las anemias antes referidas.
Hematoma pared: 2,9%
Sindrome febril: 11,7%
Lesiones intraabdominales: 0%
Complicaciones tromboembolicas: 0%.
Debieron reingresar al hospital un 8% del total de operadas, que equivale a un 21% de las `pacientes que se presentaron complicaciones y la estancia promedio fue de 6,6 dias.

Si analizamos la via operatoria utilizada y las complicaciones, la via vaginal se complica en un 28% de las veces y la abdominal en un 37%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL:
Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir el número total de complicaciones.
Disminuir las complicaciones por sangrado.
Disminuir la estancia media.
Disminuir el número de reingresos.
Disminuir la variabilidad clínica.
Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión Clínica del Servicio antes de introducirlas en Lista de Espera Quirúrgica.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.

Proyecto: 2016_0669 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

- Revisión de los casos clínicos 15 días previos a la IQ para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc).
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación, complicaciones, EM, cirujano)
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de intervenciones realizadas en 2016-2017.
- Porcentaje de complicaciones.
- Tipo de complicaciones.
- Estancia media.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recogida de datos: Octubre 16.
Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio: Noviembre 16.
Evaluación en Mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.
Recogida de variables durante 2017.
Evaluación en Diciembre 17 de los dos años del Proyecto.

9. OBSERVACIONES.
La tasa de complicaciones en la cirugía más habitual de ginecología es elevada. Durante 2016, ha existido gran variabilidad de Facultativos en el Servicio y eso ha podido condicionar los resultados, esperamos que con mayor estabilidad e implicación de los médicos en la actividad y la revisión de los casos complicados se pueda conseguir revertir la situación.

10. OTRO ENFOQUE. Mejorar las indicaciones en la actividad quirugica. Facilitar la atención a las mujeres intervenidas.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ MEDEL JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MILLANES GALLLINAT PATRICIA. MATRONA. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARIÑO BAILO VANESA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SATUE SALAMERO ELOISA ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LABRADOR SARRAU MANUELA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COSTA MENEN ELENA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón y en el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, esta Estrategia para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales) el día del alta. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros.
En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el postparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora. Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas, pensamos que este paso va a favorecer la instauración de métodos seguros y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.
También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6% y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El Objetivo general.
Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.
- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Informar a las puérperas antes del alta hospitalaria de las medidas preventivas en anticoncepción por la matrona de planta.
Folleto escrito informativo y traducido.
Citar a la paciente en las consultas de especialistas para la inserción de métodos al alta hospitalaria por la secretaria de planta.
Dar los Consentimientos informados al alta para facilitar la atención en consulta por la matrona de puerperios.
Informar y dar los Consentimientos Informados por la matrona de Primaria cuando la paciente solicita DIUs.
Inserción de Implantes subdérmicos por las matronas de Primaria.
Control y monitorización mediante base de datos de los métodos instaurados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas.
Número de DIUS insertos en consulta.
Número de implantes subdérmicos puestos por las matronas de Atención Primaria.
Número de mujeres extranjeras que acuden a inserción de métodos de larga duración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 años.

Proyecto: 2016_0671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

De Junio a Julio: Diseño del Proyecto. Diseño de excell para recogida de datos.
Crear consulta de enfermería para inserción de implantes subdérmicos.
Noviembre evaluación del Proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Facilitar la información en anticoncepción a las mujeres que lo deseen, de forma preferente a las mujeres con patología o problemática social.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PLANIFICACIÓN FAMILIAR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0780 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MIHAELA MIGDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COMES GARCIA MARIA DOLORES. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MADUTA TUDOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ MEDEL JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAMPO BRATO MARIA PILAR JUDITH. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV). La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU.
En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%. Según datos de 2012 del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3.
En el nuevo Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL).
Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINtec plus) detecta dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año.
Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.
La utilización de la doble tinción dual en el diagnostico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.
La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Periodo de estudio 1 de mayo del 2015 hasta 30 de abril 2016.
Se han realizado 1934 citologías ginecológicas y 3284 HPV. De ellas 185 citologías han sido ASCUS/ LSIL. A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se han remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes es 39,05 años (SD 11,21). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue 9,6%.
Se han realizado 94 pruebas de tinciones duales (CINtec).
Del total de tinciones duales (CINtec) 33 (35,1%) son positivas y 60 (63,8%) son negativas, sólo un caso (1,1%) fue no valorable.
Los CINtec negativos equivalen a colposcopias evitadas.
Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec Plus, 58 son ASC-US y 36 son LSIL.
De las citologías ASCUS: 19 (32,8%) son CINtec positivos y 39 (67,2%) son CINtec negativos.
De las citologías LSIL: 14(38,9%) son CINtec positivos, 21 (58,3%) son CINtec negativos y un caso (2,8%) no es valorable.
Un 67,24% (39) de los ASC-US y un 55,55% (21) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.
Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 33 tinciones duales (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 18 casos: 7 resultaron ser benignos, 9 resultaron CIN 1 y 2 casos resultaron CIN 3. En los 15 casos restantes no se realizó biopsia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
- Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
- Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
- Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
- Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
- Control de calidad del cribado realizado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Recogida de datos con el número de CINtec realizados.
- Sesión del Servicio para valorar resultados.

Proyecto: 2016_0780 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

- Reunión con las matronas de Primaria.
- Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cobertura programa screening.
- Nº de CIN3 diagnosticados.
- Nº de ASC-US.
- Nº de LSIL.
- Nº de test positivos de HPV.
- Nº de colposcopias.
- Porcentaje de lesiones que progresan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Junio 2015:
*Presentación del Protocolo.
- Desde Junio a Diciembre recogida de datos en Anatomía Patológica.
- Noviembre 2016:
*Evaluación del Proyecto

9. OBSERVACIONES.
- La tinción dual añade eficacia al triage con citología.
- Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto ya que más de un 50 % presentaran lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINtec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.
- Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
- También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

10. OTRO ENFOQUE. Potenciar las mediadas preventivas en Cancer Cuello Uterino.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes del programa de cribado de cáncer de cérvix.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0922 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUNDO AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... TUDOR MADUTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MIGDAN CARMEN MIHAELA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TAPIA LANUZA AMADO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI se revisó el anterior protocolo de cromosomopatías del Hospital de Barbastro y desde enero 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo de 1/51 hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1).
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2).
Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Está previsto realizar el riesgo en la segunda visita de embarazo por parte del mismo ginecólogo con el fin de informar lo antes posible a las pacientes y evitar una visita de control de embarazo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 775 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosomopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
- NIPTs Marzo a Diciembre: 40
- Indicadas por cribado 36, realizadas 35
- 4.6 % del total de 775 cribados
- Todas de bajo riesgo.

Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.
- 15 indicadas por cribado: realizadas 12, 2 indicadas antes de iniciar NIPTs)
- 1.9 % del total de 775 cribados
- 2 amniocentesis : T21
- 1 amniocentesis : T 18

En el año 2015 sólo se ha realizado una amniocentesis por edad materna.

De las cinco amniocentesis realizadas por translucencia nucal aumentada (todas ellas con screening de alto riesgo), una fue trisomía 21, lo que supone el 50% de las cromosomopatías graves diagnosticadas. La otra cromosomopatía grave se diagnosticó por el screening bioquímico de primer trimestre, aunque la TN a las 13s estaba cerca del P90 y no se había realizado ecografía a las 11-12s.

Amniocentesis por ansiedad materna= 0

Screening de primer trimestre (+) > 1/300= 15, dos de ellas se pierden en el seguimiento.
Total de cribados realizados= 775
-De primer trimestre= 734, de ellos 45(+)
-De segundo trimestre= 41, de ellos 4 (+) y NIPT los 4.
Estudio de ADN fetal en sangre materna= 40, indicados por el cribado 36.
NIPT (+)= 0
FN del NIPT=0 (a fecha de hoy)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma.
- No realizar pruebas invsivas por ansiedad materna.
- No realizar pruebas invsivas por edad materna.
- Disminuir pruebas invasivas (amniocentesis).
- Introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP del cribado combinado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los

Proyecto: 2016_0922 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUNDO AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de cribados combinados positivos.
- Tasa de detección de cromosomopatías.
- Número de estudios de ADN fetal realizados (NIPT).
- Número de Amniocentesis realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2015. Presentación del Protocolo.
Desde Marzo a Diciembre recogida de datos con colaboracion del Servicio de Analisis Clinicos.
Noviembre 2016 Evaluación del Proyecto

9. OBSERVACIONES.
La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.
Desde la introducción del screening bioquímico de primer trimestre de forma universal y la erradicación de los criterios “ansiedad” y “edad materna” para indicación de amniocentesis, el número de amniocentesis fue disminuyendo progresivamente. Puesto que la indicación más frecuente de amniocentesis es el cribado bioquímico (+), la introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP de éste, ha ayudado a acercar la amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1782 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DLE FLUJO DE ACTUACION

2. RESPONSABLE ..... VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· CHARRO CALVILLO MARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· PALLARES SEGURA LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PUJALA TORRALBA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Necesidad de adecuar un circuito diagnóstico-terapeútico para los pacientes con neoplias digestivas. Protocolizar la actuación d etodos los servicios implicados y agilizar el proceso

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
crear un cicuito de diagnóstico-terapútico rápido, y generar un protocolo de actuación que asegure los precedimientos de acuerdp cn recomendaciones nacionales / internacionale sy guías clínicas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se va a generar un documento conjunto, elaborado por todos los servicios implicados, que asegure el circuito diagnóstico terapeútico d elos pacientes con neoplasias digestivas en nuestro hospital y los acerque a los estandares recomendados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrarán todos los casos que pasen por el comite de tumores, con monitorización d etiempos y resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
se creará el protocolo a lo largo dle ejercicio 2017-2018

9. OBSERVACIONES.
ninguna

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2016_0086 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA
· BERNAT GILI ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· REY PORCA CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ RUIZ TERESA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular(PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio optico y perdida irreversible de la visión.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Formalizar y protocolizar un equipo multidiciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizara un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clinica.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.
Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular.
Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oflamología.
Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con esto riesgo de glaucoma y perdida de campo visual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

9. OBSERVACIONES.
El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0086 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0334 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

2. RESPONSABLE ..... PAMELA ELLYETTE BENITEZ ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAT GILI ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BURGASE ESTALLO IRENE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los sistemas hospitalarios los profesionales de la salud se enfrentan a nuevos retos para ofrecer servicios de alta calidad y con el gasto mas eficiente. Sobretodo en los servicios quirúrgicos. Las guías de practica clínica que buscan una mejora en la efectividad y la eficiencia para mejorar cada periodo de tratamiento y las guías son una buena herramienta para mejorar el cuidado de los pacientes quirúrgicos.El proceso de tiroidectomía es la intervención mas frecuentemente realizada en cirugía endocrina la cual ha evolucionado en los últimos años con la incorporación de nuevas tecnologías pre y postoperatoria (dispositivos de energía para la hemostasia, determinación de PTH como predictor precoz de hipocalcemia postoperatoria)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Por el momento no se cuenta con resultados de control en la cirugía de tiroides y paratiroides, con lo que con este proyecto se espera brindar el adecuado proceso asistencial abordado de manera integral y unificado con los servicios de Otorrinolaringología y Endocrinología. Teniendo una guía para la toma de decisiones clínicas, evitando duplicidad de pruebas y acortar los tratamientos y mejorar la calidad asistencial. Los objetivos serán:Estandarizar la atención de los cuidados pre y postquirúrgicos de los pacientes que requieren cirugía endocrina en el hospital de Barbastro.Establecer una secuencia de la actividades de los diferentes profesionales que se encuentran a cargo de los pacientes con cirugía de glándulas tiroides y paratiroides.Proporcionar un protocolo basado en las mejores evidencias disponibles.Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formalizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología que permita el seguimiento de la guía clínica para la atención eficiente de los paciente intervenidos de cirugía endocrina.
Registro de los pacientes que serán intervenidos con el fin de medir el de tiempo de estancia hospitalaria, la estancia en unidad de reanimación, las complicaciones postquirúrgicas (hematoma, hipocalcemia) y la función vocal; quedando registrado en la historia clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolos, formularios y base de datos de los pacientes intervenidos de cirugía de tiroides y paratiroides. Con cuantificación de la estancia en la unidad de reanimación (días) que será indicado en la historia clínica. Cuantificación de hematoma. Monitorización de la función paratiroidea y tiroidea, antes y después de la intervención quirúrgica. Cuantificación de los pacientes que requieren tratamiento de la hipocalcemia. Cuantificación de estancia hospitalaria. Mensualmente se reunirán los encargados de cada servicio para revisar los registros de los pacientes incluidos en el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre se llevara a cabo la organización, protocolización y validación de los procesos necesarios para la evaluación y seguimiento de los pacientes por parte de los servicios de Endocrinología y Otorrinolaringología. El 16 de Diciembre se iniciará el proyecto de calidad descrito. El 1 de Septiembre de 2017 se realizará un análisis de los datos recogidos que permitan establecer las conclusiones sobre la calidad y eficiencia de la asistencia hospitalaria de los pacientes intervenidos con cirugía endocrina.

9. OBSERVACIONES.
Debido a que proyecto no implica ningún gasto económico, se espera tener un impacto importante en los paciente tratados con esta cirugía

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0749 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· TERRE FALCON RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Más de un 25% de la población de la provincia de Huesca padece algún tipo alergia. De ese porcentaje La mayor parte presentan clínica al exponerse al polen de gramíneas, ciprés y platanero, la cual es la vegetación es más frecuente de la zona céntrica de Huesca, Barbastro y Monzón. Ésta es una afectación muy común en la población y que en la provincia de Huesca, lamentablemente, está asistida de manera insuficiente por la falta de un servicio de Alergia en el Hospital.
Los síntomas que destacan en este tipo de pacientes son rinorrea, picor nasal y ocular, estornudos y asma.
Por ello, se propone la organización de una Unidad de alergias por parte del Servicio de ORL del Hospital de Barbastro, para diagnosticar, controlar y tratar aquellos pacientes con rinoconjuntivitis alérgicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Derivación de los pacientes desde los centros de salud correspondientes y desde otras especialidades del Hospital al Servicio de ORL, para así agilizar la asistencia especializada en este tipo de pacientes.
De este modo, el paciente podrá ser atendido directamente por el F.E.A. de ORL llevándole un seguimiento desde el inicio y evitando su desplazamiento a otros servicios ajenos al Hospital, con el coste personal y económico que ello supone para el paciente y para el Hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Completa anamnesis del paciente.
Realización de las pruebas de alergia
Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alergenos.
Tratamiento médico y/o quirúrgico, si procediera.
Selección de pacientes que se puedan beneficiar la inmunoterapia específica.
Seguimiento, control y evolución de los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cuestionario de calidad de vida en pacientes con rinitis: ESPRINT
versión corta y extendida.
Puntuación de síntomas y medicamentos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciará en Diciembre de 2016. Se realizarán notificaciones en centros de Salud y Hospital para derivación de pacientes con esta patología.
Se dispondrá de una consulta semanal en el Servicio de alergias donde se realizarán la anamnesis, pruebas alérgicas y consulta.
Finalización: Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0709 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONFORT BUIL MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LOPEZ UBEDA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· FACI ALCALDE ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LANZON CASTRO SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente. Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la asistencia y mejorar el proceso
asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para
posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos.
Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.
Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.
Febrero-marzo 2017: realización de las cards.
Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

9. OBSERVACIONES.
La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRITICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE LA ECOGRAFIA RAPIDA EN LA CABECERA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRITICO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ELENA FACI ALCALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· BENITO RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LORIENTE MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LOPEZ UBEDA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PLANA FERNANDEZ MARIANO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el último mes se ha adquirido en nuestro hospital un ecógrafo portátil para su uso en urgencias. El objetivo de este proyecto es proporcionar a los profesionales que atienden urgencias pediátricas, la formación necesaria para su uso en la práctica diaria y en la toma de decisiones en el niño grave.
A nivel del niño grave, el reconocimiento primario, que se realiza junto a la estabilización inicial, se basa en una exploración rápida, fundamentalmente clínica, para detectar las lesiones con riesgo vital. En este aspecto puede ser útil la realización de una ecografía rápida, a nivel de la cabecera del paciente, para el diagnóstico y tratamiento de patologías potencialmente graves.
A nivel del servicio de urgencias de nuestro hospital tenemos la limitación, en ocasiones, de no tener una disponibilidad inmediata para la realización de una ecografía urgente puesto que el radiólogo de guardia se encuentra localizado en domicilio y con una gran sobrecarga de volumen en su trabajo en urgencias. Así mismo, en los pacientes más graves, el traslado al servicio de radiología no es posible por la inestabilidad clínica necesitando hacer la aproximación diagnóstica de la manera más precoz posible en el propio área de urgencias.
Con el aprendizaje del uso del ecógrafo a nivel pediátrico se pretende realizar de una manera rápida, inocua, repetible y relativamente sencilla una aproximación diagnóstica para poder tomar decisiones clínicas relevantes a pie de cama. En ningún caso de pretende sustituir a los otros profesionales (radiólogos, cardiólogos) mediante el uso de esta técnica, sino realizar la aproximación inicial en estos niños graves y posterior confirmación, si así lo precisa, por nuestros compañeros especialistas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Formación de los pediatras y otros profesionales que atienden niños en nuestro hospital. Adquisición de conocimientos básicos sobre el uso de la ecografía en el niño grave para realizar la aproximación diagnóstica inicial y su tratamiento precoz si precisa. Se espera que los profesionales implicados adquieran habilidades en las siguientes áreas:

- Aprendizaje de las bases físicas de la ecografía.
- Adiestramiento en el manejo ecográfico clínico de las patologías agudas graves más frecuente en el niño.
- Evaluación ecocardiográfica crítica y eco-monitorización hemodinámica.
- Aproximación a la patología aguda y crítica pulmonar, diagnosticando la movilidad diafragmática y de cuerdas vocales incluso realizando control de intubación endotraqueal si así lo precisa.
- Aproximación en la patología crítica abdominal.
- Aproximación en la patología grave del SNC en recién nacidos y lactantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de una formación, dirigida a los pediatras y al personal del servicio de urgencias interesado, en el uso de la ecografía en el niño grave para diagnosticar aquellas patologías que precisan una intervención rápida pudiéndose hacer su diagnóstico precoz ecográfico en la cabecera del paciente.
La realización de dicha formación se realizará mediante el desarrollo de 6 seminarios teórico-prácticos por personal cualificado docente en el uso de la ecografía en el área de urgencias pediátricas y sus aplicaciones prácticas para el diagnóstico de diferentes patologías.

La distribución de los seminarios será la siguiente:
1. Aproximación a los principios de la ecografía.
2. Ecocardiografía.
3. Ecografía torácica.
4. Ecografía abominal.
5. Accesos vasculares.
6. Ecografía del SNC.

Así mismo se realizará la formación de un pediatra del servicio en ecografía pediátrica en el niño grave realizando un curso acreditado a nivel nacional. Durante el año 2016 se han realizado varios cursos dirigidos a pediatras de urgencias que cumplen con las expectativas de aprendizaje. Pendiente de fecha de convocatoria en año 2017.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Justificación de la realización de las sesiones teórico-prácticas.

Proyecto: 2016_0726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE LA ECOGRAFIA RAPIDA EN LA CABECERA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRITICO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Realización de una base de datos con los niños a los que se aplicará la técnica aprendida tanto en el niño grave en urgencias como en el hospitalizado que se pudiera beneficiar del uso de esta técnica. Así mismo se registrará aquellos que potencialmente se pudieran haber beneficiado y la justificación de la no realización ecográfica.
- Diploma acreditativo de la asistencia y superación del curso de ecografía en el Paciente Pediátrico Crítico del pediatra que realice el curso de formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Se realizará durante el año 2017 la impartición de 6 seminarios teórico-prácticos dirigidos a los pediatras y al personal de urgencias que pudiera estar interesado sobre el uso de la ecografía rápida en la cabecera del paciente en el niño grave.
- Realización de un curso acreditado sobre ecografía en el Paciente Pediátrico Crítico por parte del personal de pediatría durante el año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias Pediátricas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0900 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA CRISIS DE ASMA EN PEDIATRIA MEDIANTE CAMARA ESPACIADORA VERSUS NEBULIZACION CLASICA

2. RESPONSABLE ..... JORGE GARCIA-DIHINX VILLANOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· FACI ALCALDE ELENA. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LANAU LACORT ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PALACIO LIESA MIRIAM. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MATUTE REDRADO MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LARROYA DOMPER ANA. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La crisis de asma aguda, clásicamente llamada bronquitis obstructiva, se viene tratando desde hace décadas en Aragón mediante nebulizaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio, pese a que la evidencia demuestra una mayor efectividad del salbutamol en MDI mediante cámara espaciadora, algo que ya está establecido en los servicios de urgencias de Navarra y el País Vasco.
La evidencia científica muestra que el uso de salbutamol en cámara espaciadora es más efectivo y tiene una respuesta más rápida en la urgencia pediátrica. Acorta el tiempo de la estancia en urgencias. Ocasiona menor número de ingresos en crisis moderadas y graves. Mejora la función pulmonar en el Pulmonary Score en la primera hora. Tiene menos efectos secundarios y además instruye al paciente a su uso adecuado. El Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría dice que la prescripción de cualquier sistema de inhalación debe hacerse solamente después de que el niño y sus padres hayan recibido entrenamiento en su uso y hayan demostrado una técnica satisfactoria. Sin embargo, muy pocos pacientes, cuando acuden a urgencias, traen la cámara de casa si la tienen. Tampoco saben usarla de forma adecuada, separando los puffs y dando el número adecuado al peso y edad del niño.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Que el personal del hospital pueda recibir una formación específica en el manejo del salbutamol con cámara espaciadora como técnica de elección en la mayoría de las crisis de asma leves y moderadas e incluso en las graves donde el paciente pueda colaborar.
- Enseñar a comprender las equivalencias entre las dosis con MDI (Metered Dose Inhaler) y las que utilizamos actualmente en las nebulizaciones
- Mejorar la transmisión de la técnica del uso de la cámara a los padres de los niños para que cuando tengan una nueva crisis en el domicilio sepan manejarla sin tener que acudir a urgencias
- De esa manera, unificar criterios y manejar todos de una forma similar las crisis de asma en pediatría

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Impartición de talleres de formación periódicos para tanto pediatras, como adjuntos de urgencias, enfermeras y auxiliares (de pediatría y urgencias), de manera que todos aprendan el adecuado manejo de la cámara, las indicaciones y la posología correctas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Revisión de las historias informatizadas (Programa PCH de urgencias) para retrospectivamente evaluar el uso adecuado de la cámara versus nebulización.
- Revisión de qué número de ingresos con Pulmonary Scores similares hubo, si se utilizó cámara o si fue mediante nebulización.
- Revisar el número de pacientes que se van a domicilio habiendo sido entrenados en el uso de la cámara, tanto en urgencias como tras hospitalización
- Evaluar qué número de pacientes, instruidos para el uso adecuado de la cámara, acuden con ella a urgencias en caso de presentar una crisis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diciembre 2016-enero 2017: Impartición de talleres para adiestrar al personal en el uso e indicaciones de la cámara espaciadora en la crisis de asma en pediatría
Febrero-marzo 2017: Periodo de trabajo de campo, aplicando en urgencias y en planta de pediatría, lo aprendido en los talleres

Abril 2017: Revisión de las historias de niños atendidos en urgencias y en planta por crisis de asma (bronquitis) para evaluar cómo fue su manejo y el resultado (alta, ingreso, observación, etc)

9. OBSERVACIONES.
La población diana son niños de 3 meses a 14 años. Serían criterio de exclusión las bronquiolitis no respondedoras a salbutamol.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0900 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA CRISIS DE ASMA EN PEDIATRIA MEDIANTE CAMARA ESPACIADORA VERSUS NEBULIZACION CLASICA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0454 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... JORGE AZANZA PARDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMON BUISAN ROSARIO. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· SANMARTIN SATUE CONCEPCION. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· SUELVES MONTES PILAR. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· VELASCO GOMARA SOLEDAD. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· SUBIAS TRICAS MERCEDES. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· BROTO BALLARIN MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ficha de tratamiento es una herramienta utilizada en el servicio para la comunicación entre facultativo y fisioterapeuta, en ella se reflejan los datos más significativos del tratamiento y además es un elemento de control al usuario que acude al servicio como paciente. Con el paso del tiempo los datos relevantes han ido cambiando y modificándose. El proyecto pretende adaptar las fichas a los requerimientos que existen en la actualidad y dotar de mayor orden y claridad los datos que recogen.

El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información. Aportando como ventajas mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
•Mejorar la intercomunicación.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
•Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
- Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Valorar qué datos son susceptibles de figurar en la ficha de tratamiento.
- Diseñar y maquetar la ficha.
- Implantación parcial a modo de prueba.
- Evaluación. Encuesta de satisfacción de los profesionales.
- Modificación o implantación completa del Proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :
- Correcta cumplimentación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:
- Porcentaje de cumplimentación adecuada.
(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha comienzo a fin de sesiones.)

- Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Octubre 2016
- Valoración de datos susceptibles: Octubre de 2016.
- Diseño de ficha: Octubre de 2016.
- Implantación del Proyecto: Diciembre de 2016.
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2016 – Enero de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Susceptible de tto. rehabilitador
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1777 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAS LAZARO JOAQUINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· MARIN GASPAR ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se denomina “ictus” al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.El ictus es una enfermedad de gran impacto en la vida personal y social. Constituye la primera
causa de muerte entre las mujeres y la segunda en el total de la población.
Se plantea este Proyecto con el objetivo principal es realizar una valoración por un médico Rehabilitador en las 24-48h desde la recepción de la Hoja de Colaboración.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de “ICTUS” eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1778 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA 1ª VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN GASPAR ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· MARTINEZ GONZALEZ ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro sistema sanitario público (SALUD) consideramos al paciente como eje principal. Nuestros principios rectores son garantizar la equidad de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, por lo que debemos tomar medidas de mejora de eficiencia y optimización de recursos. Pretendemos corregir la tendencia al alza y reducir los tiempos de demora detectadas en nuestro Servicio para patologías en las que prolongar la espera puede derivar en que las lesiones se agraven y queden secuelas. Mediante la IC telemática, la supervisión por los facultativos del Servicio RHB de las IC recibidas, estableciendo la prioridad según código consensuado y el manejo de los tiempos de tratamiento y seguimiento en el paciente crónico, pretendemos agilizar lista de espera, realizar consultas de alta resolución y obtener el máximo rendimiento del Servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Resultados que esperamos conseguir: Reducir número de lista de espera de interconsultas urgentes y preferentes (pacientes que por la gravedad de su patología es prioritario el inicio precoz de RHB), optimizar el rendimiento del Servicio (consulta de alta resolución, indicación/tiempo de tratamiento rehabilitador)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas para lograr los objetivos:
- Desarrollo de la IC telemática
-Priorización por los FEA RHB de las IC realizadas desde otras especialidades
-Coordinación asistencial entre profesionales
(rediseñar circuitos de citación, potenciar la consulta no presencial, acuerdos de derivación)
-Reuniones clínicas semanales del Servicio para la valoración y organización de la actividad asistencial, el control y seguimiento de los tratamientos y desarrollo de actividades de formación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión.
Nuestro objetivo es superar el resultado del año anterior, consiguiendo:
- un incremento del número total de consultas realizadas, a favor de primeras visitas
- mejorar la relación sucesivas/primeras
- reducir lista de espera para IC urgentes
- mayor número de altas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración prevista para el análisis y revisión es anual, aunque la incorporación al Servicio a tiempo completo de los tres facultativos responsables se realiza a partir de Junio de 2017. Los resultados se obtienen en relación al cuadro de mando del año 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todo tipo de patología susceptible de provocar discapacidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1779 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GONZALEZ ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· CASAS LAZARO JOAQUINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La sustitución de cadera por una prótesis es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas hoy en día debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a la enorme tasa de éxito que tiene en el alivio de los síntomas causados por la artrosis de cadera.
Hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información proporcionada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso.
Se plantea este proyecto con el objetivo de mejorar el acceso a la información de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Entregar una hoja informativa a todos los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera en el Hospital de Barbastro.
En dicha hoja se explican medidas anti luxación, cuidados y ejercicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera son valorados por el servicio de rehabilitación durante el ingreso o de forma ambulatoria.
Se entregará al paciente la hoja informativa el primer día de valoración

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador que usaremos será entrega a todos los pacientes vistos por el servicio de rehabilitación de la hoja informativa respecto al total de intervenidos de prótesis total de cadera

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende su puesta en marcha en 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0772 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES FABREGAS CANALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER ASIN MARIA PAZ. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· COLL CLAVERO JUAN IGNACIO. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· BUIL PEREZ MARIA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La mejora de la Calidad asistencial en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro se ve dificultada por la existencia de lista de espera en consultas externas así como los problemas para desplazarse de la población anciana. Ello implica un importante número de consultas telefónicas tanto de los médicos de atención primaria (MAP) como de los pacientes, para resolver dudas sobre tratamientos, complicaciones, recaídas…. Dichas dudas se resuelven de forma no reglada y sin un control posterior de su evolución, con grandes dosis de incertidumbre por parte del médico de primaria y del especialista.

El 22,7% de la población del Sector Sanitario de Barbastro es mayor de 65 años. Esto implica una alta demanda asistencial, por patología osteo-articular, que repercute en primer lugar sobre el Médico de Familia. En diferentes colaboraciones con los equipos de primaria hemos detectado un interés creciente por la formación en Reumatología (exploración clínica, decisiones terapéuticas, técnicas de infiltración) que creemos debe intentarse resolver.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Objetivo General:
- Proporcionar una óptima asistencia reumatológica en un entorno rural, facilitando el acceso de la población a las consultas de Reumatología a través de las nuevas técnicas telemáticas.

Objetivos específicos:
- Mejorar el conocimiento de la patología Reumatológica por parte de los MAP
- Mejorar el control clínico y diagnóstico precoz de patologías claves en Reumatología como son la Artritis Reumatoide, las Espondiloartropatías y la Osteoporosis.
- Regular una vía de comunicación rápida y eficaz entre primaria y especializada.
- Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.
- Mejorar la satisfacción del paciente, MAP y especialista sobre el trabajo realizado.
- Avanzar en la excelencia del servicio y contribuir a la sostenibilidad de la organización.
- Definir y protocolizar los procesos susceptibles de teleconsulta.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Para la creación de una Consulta virtual de Reumatología se propone durante el primer año una Consulta Piloto con el Centro de Salud Rural de Graús (Comarca de la Ribagorza),

El Equipo de Atención Primaria (EAP) de Graus, compuesto por 8 médicos de familia, nombrará un profesional de referencia que será el interlocutor con Reumatología y que tendrá las funciones de:
• Activar y coordinar la formación continuada en Reumatología de los profesionales del C.S. de Graús: programación de cursos teóricos, talleres prácticos y estancias puntuales en la Consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
• Elaborar con Reumatología el protocolo de interconsulta virtual: patologías, criterios de derivación y circuitos asistenciales. y establecer la información mínima necesaria para la realización de la interconsulta.
• Difundir en el EAP la metodología y contenidos de la interconsulta virtual de reumatología.
• Seguimiento y corrección de incidencias junto con Reumatología.

A nivel técnico utilizaremos el protocolo de Interconsulta Virtual desarrollado por el Sector de Barbastro disponible en Historia Clínica Electrónica (HCE):
1. Solicitud de interconsulta por el médico de atención primaria en OMI-AP.
2. El especialista del hospital accederá a través de la HCE a las consultas-formularios introducidas en OMI por los médicos de primaria.
3. Una vez cumplimentados los formularios por especializada se enviará una notificación automática al médico de atención primaria y se registrará el resultado de la interconsulta en OMI.

En una segunda fase, conocida ya la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, el servicio se extendería a otros centros del área de salud.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Al finalizar el estudio piloto y con el objetivo de conocer la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, se realizará una evaluación para valorar la idoneidad de los ítems pactados, y el nivel de demanda real de cara a la extensión de forma general a otros centros de Salud.

Proyecto: 2016_0772 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

De forma particular se evaluaran los siguientes parámetros:
- Pertinencia: Número de interconsultas de acuerdo a protocolo
- Número de consultas realizadas
- Tipo de consultas y patologías
- Resolución telemática del problema
- Tiempo medio de respuesta de las interconsultas
- Escalas de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CRONOGRAMA:

- OTOÑO-2016:
  - Sesiones informativas y Taller de Exploración Clínica de la Dra. Fábregas en el Centro de Salud de Graús.
  - Revisión y aprobación consensuada del formulario de consulta informática de Reumatología.
  - Inicio de la Consulta telemática
  - Estancia de formación de los MAP del C.Salud de Graús en la Consulta de Reumatología del H. de Barbastro.

- MARZO-2017:
  - Primera evaluación de los resultados obtenidos.

- OTOÑO-2017:
  - Evaluación final y proyección futura. Diseño y propuesta de nuevas acciones de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_0886 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARTA RIVAS CALVETE
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LACOMA MERCEDES. PSICOLOGO/A CLINICO. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· ARA USIETO MARISOL. PSIQUIATRA. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· LOPEZ CORONAS ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· SUSIN NAVARRO ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SALUD MENTAL
· PINA BORRUEL CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, se derivan a los diferentes Servicios de Salud Mental del Sector de Adultos unos 5-8 pacientes por año. Los motivos para la derivación son los siguientes:
Pacientes que inician tratamiento con 17 años en la USMIJ con pocos meses para cumplir 18 años, por ser menores aún no pueden iniciar tratamiento en la Unidad de Salud mental de Adultos, y deben seguir tratamiento ya iniciado.
Pacientes que cumplidos los 18 años, necesitan por su patología continuar en tratamiento o en seguimiento en una Unidad de Adultos
Pacientes que cumplidos los 18 años sin patología mental, deben continuar en la Unidad de Adultos por la especial vulnerabilidad sociofamiliar a nivel preventivo.
Pacientes que tras ser dados de Alta Terapéutica en la USMIJ, tras varios años y ya cumplidos más de 18 años inician tratamiento por el mismo motivo u otro diferente en la Unidad de Salud Mental de Adultos.
Es un realidad que parte de dichos pacientes, se “pierden” en la derivación, aún habiendo concertado cita de derivación. Los motivos pueden ser de diversa índole: dificultades para acceder al Servicio una vez “olvidada” la primera cita, lista de espera, el “miedo” a cambiar de profesionales, pensar que no es necesario, etc.
El hecho es que en 10 años que lleva la USMIJ creada, se podrían haber “perdido” o no haber continuado tratamiento de manera continuada unos 20 a 40 jóvenes que sí necesitaban una continuidad de cuidados de salud mental.
Por ello los Equipos de Salud Mental consideramos necesarios establecer intervenciones que no queden en la mera derivación (cita e informe).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que al menos un 80% de los pacientes puedan tener una continuidad de cuidados e intervención en Salud Mental de Adultos tras ser dados de Alta Terapéutica o Derivación y sean subsidiarios de continuar tratamiento.
Mejorar la información terapéutica entre los profesionales que van a atender a dichos usuarios
Motivación del paciente y la familia sobre la necesidad de continuar en la Unidad de Adultos con su proceso
Que el paciente y la familia se sientan acompañados y guiados hasta que se establezca la intervención por parte de USM de Adultos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un informe-guía del proceso por el que fue derivado, tipo de demanda real y demanda encubierta, diagnóstico y propuesta de intervención, así como de la adherencia al tratamiento de dicho usuario . Profesionales de psiquiatría y psicología
Realizar entrevistas de motivación por parte Psiquiatría, Psicología y Enfermería sobre la necesidad de continuar el tratamiento, antes de anunciar el Alta en la USMIJ
Búsqueda de cita con Enfermería en Adultos por parte de Enfermeria de la USMIJ, programada yen un corto espacio de tiempo entre el Alta de USMIJ e inicio o primer contacto con Adultos
De demorarse la cita con USM de Adultos, seguimiento por parte de Enfermería de la USMIJ del caso y la familia hasta el primer contacto con Adultos.
Realización y envío del Informe a USM de Adultos antes de la cita programada.
Acompañamiento del paciente y la familia por parte de Enfermería de la USMIJ en la acogida con Enfermería de Adultos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de pacientes con criterio claro de derivación a USM de Adultos (Enfermeria de la USMIJ)
Registro de pacientes derivados por la USMIJ a la USM de Adultos (Enfermería de Adultos)
Correspondencia cita programada y acogida (número de citas y acogidas de dicho resgostros)
Reuniones de seguimiento de casos.
El 95% pacientes derivados de USMIJ deben tener Informe de psiquiatría y psicología de su proceso y enviado a la nueva Unidad de Referencia con 1 mes de antelación de la cita programada.
Entre el 70-90% deberían ser citados antes de terminar el seguimiento en la USMIJ con no más de 1 mes .
El 95% de pacientes derivados deberían haber sido acompañado en la primera cita con Enfermería de Adultos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre a Junio de 2016:
**Reunión de coordinación Enfermeras Especialistas en Salud Mental, revisión de posibles casos y preparación de

Proyecto: 2016_0886 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Agendas para previsión de cita programada
**Elaboración de Informes Clínicos de Derivación por parte de psiquiatría y psicología
** Cita programada en la USM de Adultos, y citas de entrevistas de motivación y acompañamiento del Equipo de la USMIJ
*Elaboración de registros de cara a la evaluación
Julio a noviembre de 2016:
** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0641 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

2. RESPONSABLE ..... DIANA MUR BARRABES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· GRACIA ASIN ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· ANERILLAS ALJAMA DIEGO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· MARTINEZ SILVA ANGELA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· VARELA LEMUS ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· FRANCES RAMI ESMERALDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.
Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.
Con las mentadas colaboraciones, se generará una planilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto
Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno
NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno
13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno
MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables
ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1077 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

2. RESPONSABLE ..... ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURREL RASO MATILDE ISABEL. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS BARBASTRO. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La entrada en vigor de Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud supuso la "salida" del sistema sanitario de muchas personas extranjeras, en su mayoría, generando una situación y entorno de desprotección en todos ellos y su red familiar.

En Aragón se articularon dos vías de acceso al Sistema Público de Salud. Por un lado se estableció la posibilidad de fijar un Convenio Especial pagando una cuota fija mensual y por otro se creó el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública. La Instrucción que regulaba este último se modificó con fecha 7 de agosto de 2015 dando algo más de laxitud a los criterios como por ejemplo, tiempo requerido de empadronamiento así como el límite de ingresos anual, para poder acceder al sistema.

En nuestra practica diaria como trabajadores sociales nos encontramos con casos que siguen quedando fuera del sistema de salud y que requieren de la asistencia y ante éstas situaciones y otras carencias detectadas por los profesionales que intervenimos con personas extranjeras sin recursos y usuarios que no tiene derecho a la asistencia sanitaria por ley.

La Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios, ha hecho llegar a todos los trabajadores sociales y servicios de admisión, entre otros, un documento donde recuerda la posibilidad de acogerse al artículo 5 de la Instrucción de 7 de agosto que hace mención de los supuestos de "necesidad sanitaria o emergencia social" pudiendo acceder al sistema sanitario y quedando reconocido el derecho a la asistencia por medio de un informe social en los casos que no se cumplan todos los requisitos.

Como trabajadores sociales nos compete defender los derechos sociales de la población. Dentro del ámbito de la salud, las funciones de prevención y promoción de la salud en nuestras intervenciones individuales y familiares, grupales o comunitarias, implicando la necesidad de defender este derecho como base para un buen estado de salud y calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1) Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población extranjera en situación de vulnerabilidad social facilitando el acceso a la asistencia sanitaria, a través de la promoción de la Instrucción de 7 de agosto de 2015.
2) Que el personal que trabaja en nuestro entorno, tengan la información suficiente y necesaria para saber donde derivar a las personas que detecten sin tarjeta sanitaria.
3) Que se puedan a establecer cauces de comunicación y cooperación entre las entidades sociales del entorno que trabajan con población extranjera y/o sin recursos.
4) Hacer llegar información sobre la Instrucción a los puntos estratégicos como locutorios, restaurantes, mezquitas, asociaciones de inmigrantes, etc y establecer cauces de comunicación con éstos, favoreciendo el hacer efectivo el derecho a asistencia sanitaria en los supuestos referidos.
5) Implicar a los servicios de admisión del Hospital y del Centro de Salud.
6) Llevar a cabo sugerencias de mejora para el procedimiento actual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las trabajadoras sociales del Sector Sanitario de Barbastro, tanto de Atención Primaria (Centro de Salud de Barbastro) como de Especializada (Hospital de Barbastro) nos coordinaremos al respecto y trabajaremos en conjunto.

Para llevar a cabo nuestros objetivos nos platearemos una serie de actividades.

- Durante todo este tiempo recogeremos INCIDENCIAS sobre casos que conocemos recogiendo y naturaleza de éstas
- Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.
- Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Recogeremos el número de:
A. Registro de casos derivados desde:
- SAU/ Admisión
- Otros sanitarios (médicos, enfermeras, etc)

Proyecto: 2016_1077 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

- Servicios Sociales de Base u otros.
- La calle, es decir, que sean los propios extranjeros que deriven a familiares, amigos, compañeros…
B. Registro de Incidencias.
C. Puntos clave donde se ha hecho difusión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016:

1. Elaboración de:
- "Registro de incidencias" común.
- Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

Noviembre 2016- Mayo 2017: Registro de Incidencias y derivaciones.

Noviembre 2016 – Enero 2017:

- Determinar un mapa de puntos clave de cada Sector y establecer sistema de difusión.
- Difusión Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No tienen porque presentar patología concreta.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0193 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ELENA TOA LARDIES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLES TORRES ELISA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· IBOR MARCUELLO MONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· MUR BORRACHERO LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CALVO SARVISE MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LOBERA PRIETO CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· SALAS ESCRIBANO LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS).
A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI´s y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación.
La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.
Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.
Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)
- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitas la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
(% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener “aislamiento” pautado en PCH.
2. Los pacientes con “aislamiento” pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0193 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

2. RESPONSABLE ..... NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MAESTRO ANA BELÉN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CLIMENTE LATORRE DIANA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ARCAS VILLACAMPA MERCEDES. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BRAVO TRICAS IRENE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GONZALEZ GARCIA MAGDALENA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitante, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores.
Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento.
Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
• Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
• Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
• Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
• Facilitar la integración del trabajador.
• Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
• Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
• Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
• Mejorar las relaciones interpersonales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo
4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas
---------- X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas
---------- X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación

Proyecto: 2016_0206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción
Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas
----------X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

Diseño hojas informativas y tríptico NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Aplicación del plan de mejora DICIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción del plan de mejora DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO

Análisis de la encuesta y evaluación del proceso MARZO, ABRIL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRABAJADORES DEL SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PESQUER VILAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ARNALDA BAILO ISABEL. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· DOMEC LLORET REYES. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GROS SANAGUSTIN LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· POLO MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· FERNANDEZ PORTAL TERESA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LACASA FENES PAZ. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A pesar de las obras de ampliación realizadas en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro hace ya 10 años, en nuestro día a día es evidente que el espacio se queda pequeño. Hay dos periodos claros en los que se produce un aumento de las asistencias:
- periodo invernal: reagudización de la patología de base en nuestra población envejecida
- periodo estival: aumento de la población por el turismo y cierre de camas en el hospital
Especialmente en estas épocas se genera un desequilibrio entre la demanda asistencial y los recursos materiales y humanos. Nos vemos obligados prácticamente a duplicar nuestra capacidad física para seguir atendiendo pacientes y que no se disparen las horas de espera. En estos momentos hemos detectado una falta de control en la ubicación de los pacientes y dificultando la tarea asistencial. Creando también situaciones estresantes y un enrarecimiento del clima laboral.
Ante esta situación que se repite año tras año, hemos decidido ponernos en marcha para unificar la forma de ubicar y organizar la documentación de los pacientes. De esta forma aumentar la seguridad de los pacientes y disminuir en estos momentos la sensación de “caos”.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestros OBJETIVOS son:

En relación al paciente:

1.- Aumentar la seguridad del paciente
1.1- Tener controlada la ubicación física de todos los pacientes que estén en un momento determinado en urgencias.
1.2.- La documentación clínica correspondiente a cada paciente ha de estar ordenada y archivada adecuadamente.
2.- Que se sienta satisfecho con la atención recibida

En relación a los profesionales:

1.- Esperamos mejorar el clima laboral.
2.- Mejorar la satisfacción del profesional

En relación a la institución:

1.- Mejorar la efectividad de nuestro trabajo al no tener que invertir tiempo extra buscando resultados de pruebas que se han extraviado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Justificamos la elección del problema usando el método de Hanlon.
Rellenaremos un diagrama de Issikawa realizando una lluvia de ideas para conocer qué variables afectan a nuestro problema.
Una vez completado analizaremos sobre qué variables podemos incidir.
Para priorizar nos basaremos en la comparación por pares y diagrama de Pareto.
Identificación de problemas a través de una tormenta de ideas, participará todo el equipo.
Modificación del armario archivador de documentación de pacientes, acorde al número de reconocimientos.
Solicitar planchetas numeradas con todas las posibles ubicaciones de los pacientes.
Solicitar autorización para que enfermería pueda modificar la ubicación de los pacientes en el programa informático PCH.
Aplicación y divulgación a todo el personal, de las nuevas herramientas de trabajo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores serán:
- Número de pacientes que están bien ubicados en un momento determinado en el PCH.
- Número de pacientes que tienen la documentación clínica bien ordenada.
- El panel con las etiquetas de los pacientes que están en urgencias está actualizado en todo momento.
- Los papeles de los pacientes que se han ido de alta están recogidos y archivados.
- La mesa del control está limpia de papeles (analíticas, electros, etiquetas…)

Proyecto: 2016_0697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

- La enfermera de triaje conoce el estado de ocupación de los reconocimientos.
- La enfermera de triaje conoce a los pacientes que están esperando en la sala de espera.
- Número de reclamaciones provocadas por esta situación.

Haciendo cortes en diferentes momentos del día y de la semana, comprobaremos en qué grado se cumplen los indicadores anteriores.
Después de la intervención, reevaluaremos para conocer la eficacia de nuestras actuaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto y solicitud de aprobación: junio de 2016
Explicación del método y reparto de tareas: octubre 2016
Sesión clínica y puesta en común: noviembre 2016
Aplicación de las medidas a tomar: noviembre 2016
Reevaluación: enero 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0966 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CON RCP E IOT Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ELISA VALLES TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACOMA ABADIA ANA MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TORRES PEÑA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GARGALLO BERNAD CESAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GONZALEZ GARCIA MAGDALENA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
INTRODUCCIÓN. La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención paciente con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales. Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente con PCR y de la técnica de intubación.
IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO. El objetivo general es la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente critico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados.
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados. (Mayo-Junio y Noviembre-Diciembre)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Constatar la elaboración del plan de formación
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
- Número de profesionales que reciben la formación.
- Autoevaluación al finalizar las sesiones para comprobar la asimilación de los conocimientos impartidos por medio de cuestionario.
- Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración de Plan de formación: Enero- Abril 2017.
2. Puesta en marcha: Mayo-Junio 2017.
3. Autoevaluación: Junio 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0966 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CON RCP E IOT Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PARADA CARDIO RESPIRATORIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1477 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUISAN GIRAL MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· BORDAS BUIL YOLANDA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia.
Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas.
Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologias entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de centros con los protocolos implantados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero-diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1478 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL FRANCO MONICA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CAVERO TOLOSA ANA MARIA. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· COLL CLAVERO JUAN IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. INNOVACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional que debe de tomar una decisión médica en breve lapso de tiempo.
Evitar desplazamientos de pacientes a urgencias probablemente innecesarios motivados por incertidumbre del médico.
Elevada capacidad de resolución de la interconsulta virtual (aprox 80%), que no se ve influenciada por la edad del paciente.
Acercar atención urgente especializada a atención primaria.
Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Permitir el asesoramiento médico urgente, mediante interconsulta virtual y contacto síncrono con el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, para mejorar la capacidad de resolución desde el Centro de Salud de Atención Primaria en tiempo óptimo.
- mediante la aplicación de las nuevas tecnologías a la Medicina de Urgencias
- pudiendo proponer opciones para el correcto diagnóstico de patologías, así como orientación terapéutica.
- Evitar desplazamientos innecesarios de pacientes al hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Formulario consensuado accesible para todos mediante la intranet.
Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
Cuando el médico de Atención Primaria necesita apoyo realizará una interconsulta telemática y avisará por teléfono de contacto.
El médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
En Servicio de Urgencias
- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...)
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono
En Atención Primaria
- Solicitud interconsulta virtual (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº interconsultas realizadas
- Nº de interconsultas resueltas por interconsulta virtual.
- Tiempo medio de respuesta en minutos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1er. trimestre 2017:
2º trimestre:
3er. trimestre:
4º trimestre:

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1478 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_0954 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· BITRIAN DEL CACHO ANDRES. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· FRANCIA FRANCO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· PALACIOS DIAZ VANESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hematuria es sangre en orina.
Sus causas pueden ser: Infección tracto urinario, litiasis urinaria, HBP, traumatismos, enfermedades nefrológicas, trastornos de la coagulación… y neoformaciones malignas de la vía urinaria (sobretodo tumores vesicales). Por ello, la hematuria no es una enfermedad como tal, sino un signo o síntoma alarma que precisará estudio.
El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario.
El retraso en el diagnóstico y tratamiento de un posible tumor maligno en la vía urinaria, puede generar la detección del mismo en estadios avanzados, disminuyendo las posibilidades de curación.
Existen pruebas diagnósticas no invasivas que ayudan a su diagnóstico temprano: ecografía urológica y la citología de orina.
Con los trámites habituales hasta la fecha, cuando un paciente consulta por hematuria, bien en Atención Primaria o en Urgencias, se solicita consulta especializada en Urología. Si la petición es con carácter “normal” se le cita en aprox. 60-90 días; y si es con carácter “preferente”, la primera consulta en Urología se lleva a cabo en aproximadamente 15-30 días.
En esta primera consulta, además de la realización de la Hª clínica, se solicita una citología urinaria y una ecografía urológica con carácter “preferente” ante la sospecha de tumor urotelial.
El Servicio de Radiología tramita esta petición, con tiempos variables según demanda asistencial. Finalmente se remiten los resultados a Urología en una segunda visita.
La implementación de un “protocolo de hematuria” en Atención Primaria y Urgencias, proporcionaría la oportunidad de acortar plazos en el estudio y diagnóstico de hematuria, además de evitar esa primera consulta en Urología meramente burocrática para solicitar los estudios pertinentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La finalidad de implementar el “protocolo de hematuria” es conseguir que ya desde Atención Primaria o Urgencias, se solicite las primeras pruebas diagnósticas ante un paciente que consulta por sangrado con la micción. Se acordará junto con el Servicio de Radiología la realización de la ecografía urológica en plazos cortos razonables. A la vez el paciente recogerá la citología de orina para su estudio anatomopatológico temprano.
El objetivo fundamental es que un paciente que consulte por hematuria, tenga la primera consulta con Urología en el plazo máximo de 20-25 días con los resultados de las pruebas diagnósticas iniciales, ya realizadas. Así, la probabilidad de retraso en el diagnóstico y tratamiento se reducen considerablemente.
Los resultados que se espera conseguir son:
- Implementar el “protocolo de hematuria” en Atención Primaria y Urgencias.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del “protocolo de hematuria” en un plazo máximo de 5-7 días.
- Acortar tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas y sus resultados en la consulta especializada.
- Facilitar la accesibilidad de los pacientes a la consulta especializada.
- Conocer la incidencia de hematuria en nuestra población e identificar su etiología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones con todos los miembros del equipo de mejora para unificar criterios.
- Creación conjunta del “protocolo de hematuria” para iniciar el diagnóstico básico y posterior derivación a la consulta especializada.
- Establecer criterios de inclusión y exclusión en el protocolo.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del “protocolo de hematuria” en un plazo máximo de 5-7 días.
- Consensuar junto con el Servicio de Citaciones la consulta de resultados en Urología en el plazo máximo de 5-7 días tras la realización de la ecografía.
- Realización de sesiones informativas en los Centros de Salud y Urgencias.
- Monitorización de tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Monitorización de tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Incidencia de hematuria monosintomática en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Incidencia de tumores uroteliales en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.

Proyecto: 2016_0954 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

- Tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre - Noviembre 2016: reunión del equipo de mejora y esquematización del protocolo de acción.
Diciembre 2016 – Enero 2017: decisión del protocolo definitivo y puesta en marcha.
Junio 2016: reunión para identificar problemas en el funcionamiento del plan de mejora.
Noviembre – Diciembre 2017: recolección de datos y discusión de los mismos.

9. OBSERVACIONES.
En el momento actual faltan 2 Médicos de Atención Primaria por añadirse a este grupo de mejora.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1052 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE IMPLANTACION DE VIAS CLINICAS DE PACIENTES QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MOCTEZUMA VELAZQUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARCELLER TEJEDOR ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· LARRAMONA PUEYO CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· GAVIN LALAGUNA GISELA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Urología del Hospital de Barabstro cuenta con protocolos de acogida de los pacientes prequirúrgicos, estos protocolos se enfocan en las medidas no farmacológicas de los pacientes ingresados para una intervención programada. (incluyen la dieta, enemas, medias de compresión, rasurado y lavado con antiséptico), estos protocolos fueron “importados” de otros centros, no se encuentran actualizados y no son seguidos por todo el personal.

El resto de las indicaciones (profilaxis antibiótica y antitrombótica, medicación habitual y otras medidas) las realiza el facultativo responsable de la planta, el día del ingreso del paciente durante el postoperatorio el urólogo responsable continua realizando las modificando las indicaciones médicas basado en su criterio.

El uso de vías clínicas estandariza y facilita el cuidado de los pacientes, disminuye el número de errores debidos al factor humano y con ello aumenta la seguridad hacia el paciente, además de verse reflejado en otros factores como la duración de la estancia hospitalaria y la disminución de complicaciones postoperatorias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Realizar Vías Clínicas de los procedimientos quirúrgicos más comunes en nuestra especialidad.
-Actualizar los protocolos de acogida de los procedimientos de urología, e incluirlos dentro de las vías Clínicas.
-Agilizar el manejo de los pacientes quirúrgicos.
-Evitar prácticas que no cuenten con evidencia científica.
-Evaluar los resultados de la implementación de las vías clínicas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión conjunta (urología enfermería) para decidir en que procedimientos es factible realizar una Vía Clínica.
- El Servicio de Urología realizará los borradores de las Vías Clínicas y presentará en sesión al personal de enfermería para discutir la Vía definitiva.
-Creación de los nuevos protocolos de acogida del todas las intervenciones. basados en evidencia científica actualizada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Una vez establecidas las vías clínicas a los 6 meses se revisarán y se evaluaran los avances con los siguientes criterios:
-Experiencia subjetiva del personal (médicos, enfermería y auxiliares) con las Vías Clínicas.
-Duración de la estancia hospitalaria
-Incidencia de complicaciones postquirúrgicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Noviembre: Reunión Conjunta con enfermería para decidir que patologías son candidatas a Vías clínicas.
-Noviembre: reunión de Urología para estandarizar criterios, y realización de los borradores de las Vías.
-Diciembre presentación de borradores por parte de Urología a enfermería y auxiliares, para acordar Vías definitivas.
-Enero 2017 Inicio de aplicación de las Vías Clínicas.
-Junio 2017 Analísis parcial de datos, y resolución de problemática.
-Diciembre 2017 análisis de datos y discusión.

9. OBSERVACIONES.
Envie el resumen ayer y no he recibido ningún correo de confirmación.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1052 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE IMPLANTACION DE VIAS CLINICAS DE PACIENTES QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA

Proyecto: 2016_0851 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASULAR

2. RESPONSABLE ..... KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLON ALFAYE IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LASHERAS BARRIO MONICA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ORTE GUERRERO JAVIER. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ LAZARO CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ MOLINA EVA MARIA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Trabajamos en un medio rural, disperso, envejecido y alejado del centro hospitalario de referencia. La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro medio que puede detectar Enfermedad Cardiovascular (ECV) subclínica en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.
El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en Atención Primaria (AP), con una gran utilidad en la detección de ECV en sujetos con factores de riesgo que, hasta ahora, no se había utilizado en nuestro centro.
La ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene dos valores de la ITB para cada miembro inferior, selecionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve, se puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro y un doppler portatil con sonda de 8 Mhz y reproducible con mínima variabilidad intra e interobservador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar patologia CV subclínica, incidir en los factores de riesgo, comprobando la redución del RCV con medidas terapéuticas eficaces.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Búsqueda activa de casos por el personal sanitario que trabaja en el Centro de Salud de Albarracín.
Se remitirá al grupo de trabajo los datos de posibles casos; pacientes mayores de 50 años, diabéticos o fumadores y/o otros factores de riesgo CV, de los distintos consultorios dependientes del Centro de Salud.
Selección de pacientes con ITB < o igual a 0.9.
Médición del ITB, de los seleccionados, al inicio y al final del estudio tras las medidas terapéuticas oportunas.
Las tareas se supervisarán por el responsable del equipo de calidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes de > 50 años, diabéticos y/o otro FR con ITB < e igual a 0.9 (%)
Pacientes de > de 50 años, fumadores y/o otro fctor de riesgo con ITB > o igual a 0.9 (%)
Se espera conseguir una reducción del RCV del 20 % del calculado previamente al concluir la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio el 01 de noviembre de 2016.
Fin 31 de octubre de 2017.
Reuniones trimestrales para la recopilación de datos y seguimiento de la implementación de la actividad.
Reunión al final de la actividad para informar al EAP de lo resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

Proyecto: 2016_1250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE ..... MANUELA MARTIN CLEMENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAORDEN ESTEBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ORTE GUERRERO JAVIER. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El EPOC es la cuarta causa más común de enfermedad y la única que está en aumento. Esta enfermedad conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria,frecuentes visitas médicas de control,seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones con su consecuente costo económico y social.

El autocuidao es un término aplicado a los programas educacionales encaminados a enseñar las habilidades necesarias para realizar régimenes médicos especificos para la enfermedad, guiar el cambio de conductas de salud y prestar el apoyo emocional a los pacientes para el control de su enfermedad y vivir una vida funcional.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental del equipo profesional para control y segimiento de esta enfermedad.

El plan de mejora que se presenta, contempla desde una serie de sesiones organizadas de educación para la salud individual, como una intervención grupal.

Se ha detectado la necesidad de formar a los pacientes que utilizan inhaladores de forma habitual debido a las siguientes circustancias:

Pacientes con un dispositivo que no es adecuado a sus condicionantes tanto físicas, psíquicas y sociales no opteniendo el efecto terapéutico deseado.
Muchos pacientes consiguen beneficios incompletos con el tratamiento a consecuencia de una mala técnica de inhalación.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC,en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC del Centro de Salud de Albarracín

2.-Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.

3.-Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración listado de los pacientes con diagnóstico Asma-EPOC en tratamiento con inhaladores. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017
2. Captación de la población diana. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017.
3. Sesiones grupales, dos; una en Mayo-Junio 2017 y la segunda Octubre-Noviembre 2017.Médico y/o enfermera/o.
4. Sesiones individuales de refuerzo: consulta programada. Médico y/o enfermera/o.
5.Evaluación de resultados y de la adquisición de conocimientos y hablidades. Coordinadora del proyecto. Diciembre 2017

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
-% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
-% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%))
-% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Proyecto: 2016_1250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del proyecto: 18 Abril- 31 Diciembre 2017.
La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa.
Realización de una encuesta a los participantes al principio y final del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES.

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ LAZARO CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ LAHUERTA RAMON. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO MARTIN NATIVIDAD. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El envejecimiento de la población, conlleva un aumento de patologías crónicas y osteoarticulares que en numerosas ocasiones precisan del uso concominate de AINES y fármacos que potencian la nefrotoxixcidad. Con este proyecto, se pretende valorar la función renal en mayores de 75 años, y revisar entre sus tratamiemtos la toma de aines de forma continuada y actuar en consecuencia.
Quedan excluidos del estudio los pacientes que ya presentan IR diagnosticada y / o están en seguimiento por nefrología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir yatrogenia, reisgo de triple Whammy en pacientes mayores de 75 años.
Detectar daño renal en estadios iniciales que puedan revertirse al modificar tratamiento crónico y factores de riesgo cardiovascular.
En caso de detectar daño renal moderado avanzado remitir a nefrología, según protocolos actuales, quedando excluidos del estudio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un filtrado glomerular a la poblacion diana al principio del estudio:
-Si este es normal, y el paciente tiene prescritos fármacos nefrotóxicos, retirar aquellos que no sean imprescindibles (AINES).
-Si el FG está afectado y estamos ante un estadio inicial-moderado de IR, se procederá del mismo modo pero se realizará además otro filtrado glomerular al final del estudio para valorar la mejoría de la función renal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Porcentaje de cumplimiento:
% de pacientes de >75 años con realización de FG / pacientes >75 años..... 40%.
2:- Porcentaje de pacientes estudio con riesgo renal:
% de pacientes >75 años con FG en tratamientos con fármacos nefrotóxcos/pacientes >75 años con FG.
3.- Porcentaje de pacientes beneficiarios de nuestro proyecto:
% de pacientes >75 años con FG a los que hace modificaciones en su tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en Abril de 2017.
Finalización en Diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1446 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MOLINA EVA MARIA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LASHERAS BARRIO MONICA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ORTE GUERRERO JAVIER. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ LAZARO CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde que se instaura en el Sec.Teruel la retinografía diabética extrahospitalaria y se plantea desde qué nivel sanitario deben hacerse los informes iniciales, surgen una serie de deficiencias comunicativas entre la AP y la AE. El Sº de Oftalmología (SO) del HOP Teruel se ve desbordado para realizar este trámite por la falta de personal y la cantidad de demanda sanitaria que tiene que asumir diariamente en su consulta cotidiana habitual. Desde la AP se ha venido realizando dicho trámite, inicialmente de forma remunerada y posteriormente de forma voluntaria. Hoy en día solo una MAP se encarga de la lectura y la elaboración de informes de las retinopatías diabéticas no midriáticas que se realizan en el todo el Sec.Teruel con la sobrecarga y retraso en el trabajo que esto conlleva, y las consecuencias en las deficiencias en el diagnóstico y el seguimiento de los y las pacientes con RD que pueden acarrear. Este proyecto pretende solventar y mejorar la comunicación entre los niveles de AP y AE respecto a esta técnica diagnóstica y de seguimiento, y con ello mejorar la eficacia y la eficiencia de los screenings para conservar la salud de las retinas de los pacientes diabéticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la comunicación entre el nivel de AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín) con el SO del HOP Teruel
- Elaborar un protocolo o procedimiento para incrementar la agilidad y la eficiencia en la presentación de los informes de las retinografías diabéticas realizadas en la AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín)
- Hacer una revisión y plan de mejora de las herramientas y programas informáticos que se están utilizando para la lectura y elaboración de informes de las RD desde los niveles de AE y AP.
- Crear una comisión de seguimiento en el Sector para evaluar periódicamente los logros y detectar las posibles deficiencias, errores e incoherencias del trabajo conjunto y coordinado entre la AP y la AE

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se plantea crear un directorio telefónico y de correos electrónicos
- Planificación de un cronograma de reuniones entre la AP y la AE para la elaboración del protocolo o procedimiento para aumentar la eficacia y eficiencia en la realización de los informes de las retinopatías diabéticas por parte de un grupo de trabajo elegido desde el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín.
- Revisión y evaluación conjunta y grupal de la vigencia y pertinencia de los actuales protocolos, algoritmos y procedimientos generados en el nivel I (SALUD) y las posibilidades de adaptarlo a la realidad del Sec.Teruel.
- Elaboración de un nuevo protocolo o procedimiento que incluya las aportaciones de este grupo de trabajo como son las retinografías artefactadas, errores diagnósticos, errores de citación, cronograma anual por subsectores, dudas desde el grupo de Lectores Especializados de AP, y otras incidencias que pueda surgir en el desarrollo de este trabajo.
- Realización de una sesión clínica en EAP Albarracín con la formación sobre la realización de informes de las retinografías diabéticas, las indicaciones y los algoritmos de la misma. Propuesta de que cada MAO inicie la lectura y elaboración del informe diagnóstico de RD de sus pacientes diabéticos, según las TIS que vayan ligadas a su plaza.
- Establecer con la DAP Teruel un plan de formación en el resto de EAPs a lo largo del 2017 para involucrar a más MAO de AP que puedan colaborar con la lectura y elaboración de informes de las RD realizadas en el Sector, y su organización por subsectores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Actas de las reuniones del grupo de trabajo encargado de la elaboración del protocolo indicando sus participantes y sus contactos, así como el plan de trabajo para la mejora propuesta por este proyecto.
- Presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP de Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética a la DAP del Sec.Teruel y la Dirección del HOP Teruel.
- Evaluación de la pertinencia y utilidad del protocolo o procedimiento creado. Establecimiento de un Plan de mejora en cuanto al seguimiento de dicho protocolo o procedimiento.
- Establecimiento de un grupo de de Lectores/as Especializados/as de la AP estratégicamente distribuidos/as por

Proyecto: 2016_1446 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

los distintos subsectores del Sec.Teruel, que puedan organizar y racionalizar el trabajo a realizar, así como tener disponible un canal de comunicación directo, bidireccional y efectivo con el nivel de AE del SO del HOP Teruel.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 1º trimestre 2017: inicio del proyecto, creación del directorio de comunicación del proyecto, y consolidación del grupo de trabajo.
- 2º trimestre 2017: elaboración y presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética
- 4º trimestre de 2017: evaluación y retroalimentación de la puesta en marcha del procedimiento. Presentación a la DAP Teruel y planteamiento de aplicarlo al resto de EAPs del Sec.Teruel. Finalización del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1724 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA

2. RESPONSABLE ..... MONICA LASHERAS BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLON ALFAYE IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANCHEZ MOLINA EVA MARIA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ESTEVA DE ANDRES ELENA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ORTE GUERRERO JAVIER. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ LAZARO CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE REALIZARAN TALLERES CON POWER POINT PRESENTANDO COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2016-2017
LA RESPONSABLE DEL PROYECTO ES LA DRA MÓNICA LASHERAS BARRIO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INDEPENDIENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1725 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA PEREZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLON ALFAYE IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ESTEVA DE ANDRES ELENA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestra pirámide poblaciona, observamos un envejecimiento inequívoco de la población, que se acompaña de un deterioro físico progresivo, que está bien documentado y contrastado, Hay varios estudios que observaron una regresión de este deterioro con programas de actividad física. A través de estas marchas, esperamos integrar la actividad física, con la sociabilización de los participantes en un ambiente agradable de contacto con la naturaleza, utilizando rutas senderistas bien señalizadas y de fácil acceso y recorrido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Potenciar la importancia de la actividad física saludable en contacto con la naturaleza a la población adulta. Mejorar la adherencia al ejercicio físico, en un entorno agradable para todos. En algunos casos se aprovechan estas marchas para abarcar otros aspectos y ampliar los conocimientos de la población, en estos casos habrá unas charlas previas a la caminata.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran paseos a marcha leve o moderada, de acuerdo con la condición física de los participantes en distintos lugares de la Sierra de Albarracín. La duración aproximada será de una hora a una hora y média.
En dos de las marchas se hará una charla previa, una de Astronomía, que irá acompañada de una caminata nocturna donde se podrá apreciar el cielo de Teruel, la otra tratará sobre plantas y botánica y en la marcha posterior se intentarán identificar distintas especies vegetales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras las marchas se pasaran unos cuestinoarios de satisfacción para valorar si se cumplen los objetivos propuestos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No específica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN PEREZ NURIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO PEREZ ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN MUÑOZ GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA BERNUES CARMELO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infrautilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

* Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
* Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

Proyecto: 2016_1214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaringeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017
Primer taller para pacientes: junio 2017
Segundo taller para pacientes: octubre 2017
Tercer taller para pacientes: diciembre 2017
La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1215 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

2. RESPONSABLE ..... NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO CATALAN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO PEREZ ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control, requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre
El auto-análisis está dirigido a mejorar el auto-control del paciente, con el objetivo de promover la responsabilidad y su autonomía en el cuidado de la enfermedad.
La auto-medición de la glucemia capilar mediante el uso de tiras reactivas, es un instrumento esencial para verificar las variaciones de la glucemia. Es útil, tanto como instrumento para el ajuste del tratamiento inicial, como para el auto-control en aquellos pacientes con voluntad y capacidad para ello, pero siempre dentro de un programa de educación terapéutica específico y estructurado, y guiado y controlado desde el equipo de Atención Primaria.
La recomendación se debe individualizar a cada paciente y el número de mediciones de los niveles de glucosa deberá adecuarse a cada persona en función de su edad, del tipo de diabetes, de su estilo de vida, tratamiento y metabolismo con el fin de alcanzar el objetivo de salud que se persigue.
El problema reside, en aquellos pacientes, que pensando que pueden realizarse sus auto controles, no precisan del revisión por parte de los profesiones del equipo de Atención Primaria.
Para ello, en este proyecto, nos basaremos en la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD, por la que se regula la distribución, suministro y control del consumo de tiras reactivas para la medición de glucemia capilar en personas con diabetes, a los equipos de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general del proyecto es optimizar el consumo de tiras reactivas para el control de glucemia en pacientes diabéticos con glucómetro.
Como objetivos específicos pretendemos:
- -Mejorar el control glucémico de nuestros pacientes
- -Mejorar la adherencia de estos pacientes a la consulta de enfermería
- -Mejorar la coordinación médico-enfermera
- -Mejorar la educación diabetológica
- -Individualizar el número de controles de glucemia que deben realizarse los pacientes, según sus características personales y siguiendo el protocolo propuesto por el SALUD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.
-Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
-Sesión formativa para el uso del programa informático.
-Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.
-Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro de las sesiones realizadas.
-Indicador de control glucémico:
pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses/
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
-Indicador del buen seguimiento de enfermería
pacientes diabéticos con glucómetro con plan de cuidados de enfermería del paciente diabético correctamente realizado/
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
-Indicador de captación
pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal/
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
-Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)
número de preguntas acertadas pre-test
número de preguntas del test/
número de preguntas acertadas pos-test
número de preguntas del test

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1215 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.
-Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.
-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CASTRO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLERA BUESO GUILLERMINA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO SORLI FRANCISCO. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIZ DOMINGUEZ LAURA. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· CHACON FORNES MARIA FELISA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cada año se registran en España unas 24.500 paradas cardiacas extrahospitalarias, es decir, aproximadamente una cada 20 minutos. Por ello existen proyectos a nivel mundial, apoyados por cardiólogos, que fomentan la instalación de sistemas de cardioprotección en lugares específicos, así como la realización de cursos de formación para la utilización de estos equipos por el público en general.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población residente en las localidades de la zona de salud de Aliaga.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Revisión de los desfibriladores semiautomáticos hubicados en los 11 consultorios locales de la ZBS de Aliaga.
• Formación teórico-práctica en grupos de RCP básica y manejo de DESA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de encuestas de satisfacción a los participantes en el taller.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Comunicación en el Consejo de Salud de la Zona de Aliaga de la puesta en marcha del taller que se solicitó en el último CSZ del 22 de Diciembre de 2016. Abril - Mayo 2017.
2. Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona del inicio del plazo de inscripción. Junio -Julio 2017.
3. Realización formación teórico-práctica en RCP básica y manejo DESA. Septiembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"MENS SANA IN CORPORE SANO"

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIZ DOMINGUEZ LAURA. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· YUSTE PLUMED MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· CASTRO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO AGUSTIN. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN GASCON SONIA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· VALENZUELA FOVED AMPARO. MEDICO/A. CS ALIAGA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proyecto "Mens Sana In Corpore Sano", que se encuentra englobado dentro de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), surge durante el transcurso del curso escolar 2003-2004, implicándose desde sus comienzos el Claustro de profesores del CRA Pablo Antonio Crespo, junto con profesionales del Centro de Salud de Aliaga.
Las necesidades se identifican después de la observación al cabo de los años de aquellos aspectos directamente relacionados con la salud que son susceptibles de ser abordados desde el punto de vista educativo.
Los niños generalmente no están protegidos del sol cuando realizan actividades físicas, sino solo cuando van a la playa o a la piscina. Por ello es importante conocer los beneficios y riesgos de la exposición al sol.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aprendizaje de medidas de protección frente a los efectos nocivos de la exposición solar en los niñ@s de 3 a 12 años del CRA Pablo Antonio Crespo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Taller educativo sobre los beneficios y riesgos de la exposición solar.
- Colaboración en actividades educativas junto con los profesores y utilización de cuadernillos de fichas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción infantil / valoración aprendizaje (Ficha "Fotoprotegete Bien")

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Curso escolar 2016-17
- Taller educativo "Beneficios y riesgos de la exposición solar". Día 24 de Mayo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TERMEPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... GEMMA REDOLAR CHASENAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA FERREIRA ERIKA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· OLORIZ RUIZ INES. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· TERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Como consecuencia de un corte del suministro eléctrico, en horario de atención continuada, observamos la necesidad de mantener un registro más pormenorizado de la temperatura de la nevera, dada la importancia y la repercusión económica que una avería o corte puede llegar a ocasionar (Fallo producido el 27/02/2016 de las 9.45 a las 17.30, la nevera llegó a alcanzar los 16ºC)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Control de la temperatura de la nevera de vacunas durante el horario de atención continuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha creado una hoja con sistema de "check", que debe ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan sus servicios durante la atención continuada. Un miembro del equipo se responsabiliza de recoger dichas hojas, verificarlas y guardarlas. Una de las actividades que viene recogida en la hoja de control es el control y registro de la temperatura de la nevera de vacunas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de lecturas realizadas durante el mes /Número de días del mes

Número de meses con registro diario/nº de meses en los que se desarrolla el proyecto de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2016-Diciembre 2016
Semanalmente se realiza la recogida y verificación de los datos de la hoja de control.
Mensualmente se recoge y verifica la hoja de control de la temperatura de la nevera de vacunas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1213 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

2. RESPONSABLE ..... PILAR GONZALVO HERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· TTERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· OLORIZ RUIZ INES. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BAGUENA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
SE HA DETECTADO LA PRESENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE NO CONSTA LA REALIZACION DE E.C.G EN SU PLAN PERSONAL, REVISANDO LAS HISTORIAS SE OBSERVA QUE AUNQUE SI CONSTA LA REALIZACION DE UN E.C.G EN EL PROTOCOLO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA,EL RESULTADO DEL MISMO SE SUELE ANOTAR EN TEXTO LIBRE Y NO SE UTILIZA EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE E.C.G POR LO QUE LOS DATOS NO QUEDAN GRABADOS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EL EL C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-REALIZAR REUNION DE EQUIPO INFORMANDO DEL PROYECTO,RECORDANDO LA FORMA CORRECTA DE ANOTAR EL E.C.G. EN EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE OMI
2-REVISAR LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDAN A CONSULTA Y REALIZAR UN E.C.G.EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE NO CONSTE SU REALIZACION,ANOTANDO LOS RESULTADOS EN EL PROTOCOLO OMI CORRESPONDIENTE
3-CONOCER LA COBERTURA ACTUAL DE DICHO REGISTRO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DE C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EMLOS ULTIMOS CINCO AÑOS
REALIZACION DE DOS REUNIONES DEL EQUIPO PARA SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DESDE 1-04-2017 A 31-12-2017
REUNION DE EQUIPO PARA INFORMAR DEL PROYECTO EN ABRIL 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DESAYUNO SALUDABLE

2. RESPONSABLE ..... INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALVO HERNANDO PILAR. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· TERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA. TCAE. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
IMPORTANCIA DE LA ADQUISICION DE UNOS BUENOS HABITOS DE HIGIENE BUCODENTAL EN LA PREVENCION DE CARIES Y RESTO DE ENFERMEDADES BUCODENTALES
IMPORTANCIA DEL DESAYUNO SALUDABLE

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-DIRIGIDO A TODA POBLACION EN EDAD ESCOLAR,DE 3 - 14 AÑOS QUE ESTE ESCOLARIZADA EN EL C.P. DE BAGUENA
-FAVORECER LAS ACTITUDES POSITIVAS DE LOS NIÑOS HACIA EL CEPILLADO DENTAL.ASI COMO SU CORRECTO CEPILLADO DENTAL
-TRUCOS PARA UN DESAYUNO SALUDABLE,FRUTAS,LACTEOS,CEREALES

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-REALIZACION DE UN GUIÑOL CON MUÑECOS REPRESENTATIVOS DE LOS DIENTES Y EL CEPILLO,PARA -EXPLICAR COMO SE REALIZA EL CORRECTO CEPILLADO DE LOS DIENTES,FRECUENCIA,ENFERMEDADES...
-PRESENTACION SOBRE LAS PARTES DEL DIENTE,CEPILLADO,ALIMENTACION ADECUADA
-ENTREGA DE UN CEPILLO DIENTES A CADA NIÑO,JUNTO CON MATERIAL INFORMATIVO DE LOS PUNTOS MAS IMPORTANTES EXPLICADOS
-COMBINAR LOS ALIMENTOS PARA DESAYUNAR

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
100% ASISTENCIA DE LOS NIÑOS,IMPLICACION DEL PERSONAL DOCENTE
INFORMACION PARA LOS PADRES DEL PROGRAMA PABIJ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
UNA SESION EN EL C.P.DE BAGUENA,PREVIO ACUERDO CON EL PERSONAL DOCENTE
FECHA PREVISTA JUNIO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CARIES-NUTRICIONAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... ANA CALVO CONS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO VAL OLGA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· FALOMIR ROS ROSA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANCEBO ISABEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ ERCE MARIA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· PONS TURO PILAR. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· CASANOVA CASANOVA TERESA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· REDOLAR CHASENAS GEMMA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- No existe un protocolo sobre la toma de datos de filiación y sanitarios en los avisos urgentes durante la atención continuada.
- Falta ocasional de datos en avisos urgentes que dificultan la atención urgente.
- Personal sanitario que no forma parte del equipo habitual del centro y desconocen la importancia de algunos datos de filiación en el medio rural.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La elaboración de una plantilla facilitará la recogida de datos de filiación y sanitarios, evitará olvidar datos importantes y mejorará la rapidez en la atención urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de una plantilla en formato papel para la toma de datos de filiación y sanitarios. (Ana Calvo Cons, Isabel Marruedo Mancebo)
- Colocación de plantillas al lado de los teléfonos activados para avisos urgentes en atención continuada.(Teresa Casanova)
- Creación de sistema de recogida de plantillas(Rosa Falomir Ros)
- Colocación del sistema de recogida de plantillas(María Sanchez Erce)
- Presentación al equipo del centro de salud (Ana Calvo Cons, Pilar Pons Turó)
- Elaboración de una encuesta de evaluación para el equipo del centro de salud.(Olga Pueyo Val)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1º Número de plantillas recogidas/número de avisos telefónicos urgentes citados en OMI durante seis meses.
2º Análisis de la encuesta de evaluación que se facilitará a los profesionales que realicen atención continuada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Febrero 2017: creación de plantilla y del sistema de recogida.
Marzo: Presentación al equipo y colocación de plantillas y del sistema de recogida.
Abril: Inicio del uso de la plantilla
Septiembre: recogida de plantillas
Octubre: Realización de encuestas
Finalización del proyecto Noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias en atención continuada de atención primaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL SALUD DE CALAMOCHA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANCHEZ ERCE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POLO BLASCO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· PONS TURO PILAR. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO VAL OLGA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· FALOMIR ROS ROSA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANCEBO ISABEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHO ALIJARDE SARA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ GALVE LUCIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El asma y la EPOC son dos enfermedades crónicas, que dada su complejidad, suponen un gran número de visitas al médico de atención primaria y al servicio de atención continuada, fundamentalmente en los episodios de reagudización. La prevalencia de asma es, aproximadamente un 5% en los adultos y alrededor del 10% en los niños en nuestro medio. La EPOC afecta aproximadamente a un 9.1% de la población adulta. El manejo de ambas enfermedades, implica un correcto conocimiento de la enfermedad, así como de su manejo. Nuestro objetivo es informar a los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de estos pacientes, con el objetivo de dotarles de las herramientas apropiadas de abordaje y tratamiento de esta patología, y mejorar el uso de la técnica de inhalación, tanto en nuestras consultas como en el servicio de atención continuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualización teórica de Asma y EPOC
Mejoría de la formación de los sanitarios implicados en el uso y tipos de inhaladores
Optimizar recursos materiales. Ahorro en material desechable (mascarillas de nebulización) y disminución del gasto sanitario.
Disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de pacientes tratados con inhaladores.
Mejorar el registro del tratamiento en OMI-AP.
Disminución de tiempos de asistencia en atención continuada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones formativas para profesionales de Asma y EPOC
Taller de educación para la salud comunitaria
Revisión de los pacientes con tratamiento inhalatorio
Actualización y mejora del registro de las reagudizaciones en OMI-AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador: conocer la prevalencia y asma y EPOC en nuestra zona, con un mejor registro. Estándar SI/NO
Indicador: conocer incidencia de reagudizaciones de asma y EPOC en nuestra zona. Estándar: SI/NO
Indicador: Porcentaje de personas con diagnóstico de asma o EPOC a la que se le ha realizado educación sanitaria. Estándar: 50%
Indicador: Porcentaje de pacientes con reagudización a la que se la trata con inhaladores. Estándar 50%
Evaluación: mediante la revisión del registro en OMI-AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: marzo 2017
Marzo, junio, septiembre y diciembre 2017: sesiones formativas a los sanitarios implicados
Septiembre 2017: taller de educación para la salud
Noviembre 2017: Evaluación de los resultados y conclusiones
Diciembre 2017: Finalización

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL SALUD DE CALAMOCHA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CATALAN JULIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE SAEZ MARIA JESUS. TCAE. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· ZABALA GARCIA ANA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· CALVO HERRERA ENRIQUE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTIN MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnostico como en la cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrían evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.
Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente
¿ Se esta pidiendo lo necesario?,
Volcado de datos debería ser automático volcandose desde laboratorio todo tipo de analisis
Necesidad de unificar criterios y formas de petición
Cumplir protocolos de planes personales
Reorganizar el servicio en numero de personas y/o numero de citas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar duplicidades
Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.
Sobre toda la población diana
Adecuar numero y pertinencia al protocolo
Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos
Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación del personal por parte de Salud
recordar periodicidad de protocolos
Recursos : materiales – adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad
Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analiticas a la carta)
Dirigir la demanda programando analisis de revisión
Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras organicas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre
Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI
Nº total de extracciones y otras muestras en población diana
Nº total de extracciones de Atención Primaria
Nº total de extracciones de Especializada
Nº de dias en que el volcado de datos a OMI es adecuado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio comunicación con laboratorio
revisión de numero de extracciones y quien ha hecho la petición
Plan de formación de pertinencia de peticiones
Campaña de información si procede en relación a citaciones
Desarrollo de julio a diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades preventivas y pruebas de diagnostico

Proyecto: 2016_1202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ CATALAN JULIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CORBATON FERRER PILAR. ORIENTADORA DE EDUCACION. IES VALLE DEL JILOCA (CALAMOCHA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.
Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género.
Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.
A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.
- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.
Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.
Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.
Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:
Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.
Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.
Reuniones con profesionales docentes.
Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de cobertura.
Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.
Guión para la observación sistemática de las sesiones.
Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).
CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º trimestre).

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0040 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

2. RESPONSABLE ..... AINARA ALONSO VALBUENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANZ BARAJAS PEDRO. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· JULIAN MARTINEZ ANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SUAREZ CRESPO SUSANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Centro de salud de Cedrillas consta de 7 consultorios médicos rurales muy dispersos y de poca población. El equipo se compone 3 médicos y 2 enfermeros que tienen que prestar atención por separado porque sólo hay una consulta por municipio. Hemos observado que retiramos mucha medicación caducada y lo relacionamos con el número de consultorios y la poca demanda.
Para garantizar una atención de calidad sin malgastar material, creemos que es importante protocolizar el botiquin mínimo indispensable que debe haber en cada consultorio.
En primer lugar consensuamos con el equipo el stock mínimo necesario, la hoja de control y los responsables que lo llevaran a cabo.
Hemos acordado realizar una revisión trimestral de la medicación y mensual del material,en la que cada producto que vaya a caducar en los siguientes 3 meses se repondrá y se reubicará en la sala de urgencias para ser prontamente utilizado.
Además organizaremos todas las consultas de la misma manera para simplificar y agilizar la atención médica.
Esta oportunidad de mejora garantiza el material adecuado en cada consulta, ayuda a involucrar a todo el personal en la gestión de botiquines, evita caducidades de farmacos y con esto se consigue un ahorro considerable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener los consultorios dotados de material necesario y en buenas condiciones
Disminuir la cantidad de medicación y material caducado
Unificacar la organización del material

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Eliminación del material caducado
Revisión y reorganización del material
Enfermería: revisión el primer dia de consulta de cada mes natural del material fungible.
Medicina: revisión el primer dia de consulta de cada trimestre natural de la medicación.
Registro con hoja de control de cada revisión realizada con fecha, personal que realiza con la firma. stock necesario, próximo a caducar en 3 meses y reposición.
Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de revisiones del botiquín en el periodo que dure el proyecto.
Número de revisiones firmadas en la hoja de control/número total de revisiones programadas
Balnce tras la reposición/ stock minimo necesario por cada producto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 1 octubre 2016-30septiembre 2017
Cronograma:
Medicina: primera consulta de octubre 2016, enero 2017, abril 2017, julio 2017.
Enfermería: Primera consulta de octubre 2016, oviembre 2016, diciembre 2016, enero 2017, feberero 2017, marzo 2017, abril 2017, mayo 2017, junio 2017, julio 2017, agosto 2017, septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.
El plan de mejora es del 2016. Dado que su presentación es hasta el 3 octubre 2016 prolongo el proyecto durante el 2017 para cumplir un año del mismo.
hemos incluido 8 componentes del proyecto y un responsable a mayores. ¿Es asi correcto?

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. profesionales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0040 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA MARTINEZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BESER MORTE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALONSO VALBUENA AINARA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SUAREZ CRESPO SUSANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· JULIAN MARTINEZ ANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud de Cedrillas se encuentra en una zona rural con climatología adversa, prestando asistencia a ocho municipios situados en las comarcas de Teruel, Maestrazgo y Gúdar -Javalambre, por tanto con una importante dispersión siendo primordial disponer de un vehículo con la equipación tanto médica, como aquella complementaria en el mismo, necesaria esta última por las particularidades del terreno. En la actualidad en nuestro centro de salud no poseemos un maletín para urgencias externas que nos resulte operativo, dado que el material se encuentra repartido en varios compartimentos, con la dificultad en el acceso que ello conlleva ante una urgencia.
Hemos detectado un déficit en la organización,distribución y almacenaje del equipo,tanto sanitario como el no sanitario.
Es insdispensable contar con un maletín de urgencias en Atención Continuada en condiciones óptimas, que agilice la atención sanitaria urgente, así como aquellos medios que garanticen la seguridad en el desplazamiento.
Nos vemos en la necesidad de crear una opotunidad de mejora para estandarizar los recursos de los cuales debe estar dotado nuestro vehículo así como su organización, revisión y mantenimiento, involucrando para ello a todo el equipo de atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos/material de uso urgente, para asegurar una correcta atención minimizando posibles errores.
- Evitar los accidentes laborales durante los desplazamientos.
- Asegurar que el material esté en perfectas condiciones de uso, prestando especial atención a la caducidad/conservación/integridad y stock necesario.
- El Equipo de Atención Primaria conocerá y partcipará activamente en el programa/protocolo establecido.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Consensuar con el EAP la lista de contenidos del vehículo.
- Generar una hoja de control y mantenimiento / parte de incidencias.
- Presentar al EAP el proyecto en una sesión clínica informativa.
- Implementación del plan de mejora.

Actividades concretas:
- Acordar que tras cada uso del maletín se repondrá y se colocará un precinto identificativo que verificará su correcto estado.
- Revisar material/mantenimiento propio del coche.
- Estacionar en garaje o en su defecto en una zona que no esté expuesto a temperaturas extremas.
- Cada trimestre un miembro del equipo de mejora será el responsable de realizar el registro mensual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de cumplimiento de hoja de registro :
- Nº de firmas/nº revisiones estandarizadas.
- Stock presente/ Stock consensuado.
-% productos caducados/productos no caducados.
-% productos defectuosos/productos íntegros.
- Nº de veces depósito condiciones óptimas de llenado/no óptimas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO PROGRMAMA: 1-octubre- 2016.
FIN PROGRAMA: 31-octubre-2017.

*Octubre-diciembre 2016: -consensuar con EAP.
-generar hoja de registro.
-impartir sesión clínica.

Proyecto: 2016_0365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

*Enero 2017: implementación.

*Junio 2017: revisión registro (primera evaluación).

*Octubre 2017:-revisión registro (evaluación final).
-sesión clínica informativa de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO VALBUENA AINARA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANZ BARAJAS PEDRO. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedicados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.
A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.
Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años
Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.
Dicimebre 2017: evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE MUÑOZ OBON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· JULIAN MARTINEZ ANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SUAREZ CRESPO SUSANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· BESER MORTE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Cedrillas.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
- Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevarán a cabo por personal de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2017: Inclusión de los pacientes en los talleres mediante entrevista y selección consecutiva de la muestra.

Abril 2017: Primer taller de formación a pacientes

Junio-Julio 2017: Segundo taller de formación a pacientes

Septiembre 2017: Tercer taller de formación a pacientes

Diciembre 2017: Evaluación de los indicadores.

Proyecto: 2016_1209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0139 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLATACION Y MANTENIMENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAVARRO RUEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SUMSKY SUMSKY SERGIO. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· HERNANDEZ DIAZ ROGELIO. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los carros de parada son elemntos indispensables en cualquier centro sanitario para atender, en condiciones óptimas los casos de PCR con un material específico. En general estos carros se utilizan en contadas ocasiones, pero dado que se usan en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar el material que debe inculir, como debe estar ordenado, revisar caducidades, etc. Para que llegado el momento esté disponible todo lo necesario minimizando la posibilidad de error. Por ello creemos conviente la instauración y mantenimiento del mismo en Centro de Salud de Cella.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: garantizar optima atención santiria a la población en situación de urgencias vital en Centro de Salud de Cella.
Objetivos específicos:
1.-difundir a los profesionales que conforman el equipo el reconocimiento de las situaciones de riesgo vital y actuación médica adecuada que requieran uso del carro de paradas, asi como mantenimiento y reposición periodica del mismo.
2.-protocolizar el mecanismo de revisión del carro y reposición de material y farmacos que lo componen.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-instauración del carro de paradas en la sala de urgencias.
2.-sesiones clínicas formativasa los profesionales sanitarios del Cento de Salud.
3.-control de caducidad y reposición de material caducado o gastado, mediante hoja de revisión, fecha de la misma, firma del profesional que realice la actividad, etc.
4.-elabora el listado de medicación y material del carro (hoja Excel).
5.-los profesionales del equipo se comprometerán a guardar, mantener y conservar adecuadamente el material, debiendo almacenarse en las condiciones específicas de cada sustancia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación del proyecto, se llevará a cabo cada año, según el criterio:
-numero de revsiones firmadas en la hoja de registro (carro de parada) x 100 / nº total de revisiones
-registro de la revisión del correcto funsionamiento del DEA
-registro de la revision del correcto funcionamiento del laringoscopio
-registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú
-nº de sesiones realizadas en el Cento de Salud relacionadas con el tema x 100 / nº total de sesiones programadas.
Objetivo: cumplimiento > 95%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Está previsto iniciar el proyecto en enero del 2017:
-enero: implantación del carro y listado de medicación y material, inicio de sesiones clínicas informativas: 1º sesión en enero, 2º en abril, 3º en septiembre y 4º en diciembre de 2017
-febrero: inicio de revisiones protocolizadas acorde a lo previsto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Situaciones de urgencia vital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

2. RESPONSABLE ..... ROGELIO HERNANDEZ DIAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SUMSKY SUMSKY SERGIO. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MIEDES FRIAS CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CELLA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CERESUELA LOPEZ AMELIA. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARAY ALMOLDA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DG DERECHOS Y GARANTIAS DE LOS USUARIOS. TARJETA SANITARIA (TSI)
· NAVARRO RUEDA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos observado en nuestra práctica diaria que los datos de filiación de los pacientes que figuran en la Base de Datos de los Usuarios (BDU),no se encuentran actualizados en algunos casos. Probablemente esto se deba a la no notificación por parte de los mismos de las modificaciones que se producen en ellos a lo largo del tiempo.
Este hecho,repercute directamente sobre la gestión correcta, segura y a tiempo de la asistencia tanto urgente como programada en nuestro centro de Salud y también influye negativamente en el ámbito Atención Especializada. La actualización de dichos datos puede contribuir a una mejora en la gestión de la atención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-El objetivo del proyecto es actualizar los datos incorrectos de la BDU de los usuarios del Centro de Salud de Cella, para un manejo correcto de la actividad del Centro y también válida para otros niveles de atención .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Métodos y actividades de mejora en el Centro de Salud de Cella:
A-Diseño de Carteles recordatorios dirigidos a los usuarios, en los que se les recuerde la importancia de comprobar y actualizar sus datos de filiación.
Se colocarán en sitios estratégicos del Centro de Salud.
B-Elaboración de una ficha a rellenar por los usuarios, con los campos de la BDU que precisen modificación.
Se entregará al usurio y este la devolverá una vez cumplimantada en Admisión del Centro de Salud.
C-Transcripción de los datos de la ficha al programa informtico BDU, con las correcciones pertinentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicadores :
Número de usuarios corregidos: (número de fichas).
Campo más frecuentemente erróneo (teléfono, dirección o el que proceda…).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Calendario de desarrollo y evaluación:
Enero de 2017: elaboración y colocación de los carteles.
Enero de 2017 a Diciembre de 2017, desarrollo del programa.
Junio 2017 primera evaluación semestral.
Diciembre 2017: evaluación anual.

9. OBSERVACIONES.
Dado que se considera un programa de mejora continua, se puede considerar la ampliación al año 2018.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. AMBITO POBLACIONAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1183 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 75 O MAS AÑOS

2. RESPONSABLE ..... AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GIL VALERO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GALLO BARSANTI ANGEL. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Valorar la función renal en pacientes de 75 o más años para evitar el efecto "Triple Whammy" de los AINES y otros fármacos con potencial nefrotóxico.
Disminuir el deterioro renal de la población susceptible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir yatrogenia y del "Triple Whammy" (IECA o ARA II + Diuretico + AINE)
Control del uso de AINES en dicha población

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar a los paciente de la población diana, al menos una valoración del filtrado glomerular al año, a traves de la fórmula de Cockcroft-Gault.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrara un episodio en OMI con el estadío del deterior de la FG.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará el 1/4/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1190 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GRACIA ORTIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MONCLUS AMPARO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOZANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se detecta necesidad de mejorar la utilizacion de inhaladores

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dirigido a pacientes con enfermadades respiratorias que utilicen inhaladores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones de formacion a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Seguimiento y valoracion de las intervenciones segun las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abri 2017 y a lo largo del 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1161 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE TRATAMIENTO DE EPOC A NIVEL DE GRAVEDAD

2. RESPONSABLE ..... JULIAN LAGUNA SARRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IZQUIERDO ALLUEVA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· MONTESINOS MORLANES JULIO. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA CLEMENTE FELIX. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ZAFRA CORELLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· PALOMAR MARZO PEDRO. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ASCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO LIARTE MERCEDES. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la aparición de los nuevos criterios de actuación y algoritmos de tratamiento de la EPOC, resulta necesario comprobar la adecuación de los tratamientos de los pacientes incluidos en dicho servicio para homogeneizar y optimizar los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
+Objetivo Principal: adecuar el tratamiento de los pacientes incluidos en el protocolo de atención al paciente afecto de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a las recomendaciones de las guías (GOLD y GesEPOC).
+Objetivos Secundarios:
*Revisar la adecuada inclusión de los pacientes en el protocolo.
*Actualizar los datos de los pacientes incluidos en el protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
+Obtener el listado de los pacientes incluidos en el protocolo de EPOC del Centro de Salud de Monreal del Campo.
+Revisar los criterios de inclusión de los pacientes en el protocolo.
+Evaluar la necesidad de actualización de los datos diagnósticos de los pacientes incluidos en el protocolo.
+Actualizar los datos diagnósticos en los pacientes que se requiera.
+Categorizar a los pacientes en los grados de EPOC según las guías.
+Revisar los tratamientos actuales de los pacientes a la vista de su categorización.
+Sugerir, a los profesionales responsables, los cambios de tratamiento que se consideren, según las recomendaciones de las guías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
+Pacientes incluidos correctamente:
Pacientes incluidos correctamente en protocolo/
Pacientes totales incluidos en protocolo
+Pacientes correctamente tratados:
Pacientes incluidos en protocolo correctamente tratados según guías/
Pacientes totales incluidos en protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Abril de 2017, con obtención de los listados de pacientes en Servicio. Revisión de guías actualizadas (GOLD y GESEPOC)
Abril-Mayo 2017: inicio de realización de espirometrías pertinentes.
Junio-Noviembre: evaluación de perfiles de pacientes y tratamientos.
Diciembre 2017: evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1288 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

2. RESPONSABLE ..... CONCHA GOMEZ CADENAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAINEZ LORENTE MARIA TERESA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA CLEMENTE FELIX. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ZAFRA CORELLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ASCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ESCUSA ANADON CORINA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· IZQUIERDO ALLUEVA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En febrero de 2014, la persona responsable de este proyecto sufrió un episodio de violencia verbal en su trabajo. La actuación fue:
1º) Comunicación con el coordinador del CS y en reunión de equipo con el resto de los compañeros. En dicha reunión se solicitó que se arreglaran los videoporteros. 2º) Registro de del incidente en Historia Clínica, Dirección y Riesgos Laborales. 3º) Al verse implicados otros servicios: Guardia Civil (GC) y Juzgado, se solicitó asesoramiento y ayuda jurídica si fuera necesaria.
La respuesta recibida desde dirección fue: 1º) Se facilitó el Plan prevención de violencia en el puesto de trabajo de 2006. 2º) Se ofertó ayuda jurídica pero no fue necesaria.
En octubre de 2014 otra compañera comunicó una situación de percepción de riesgo en el domicilio de un paciente y realizó todos los trámites administrativos requeridos.
A lo largo del 2014 y 2015 en la zona de salud ha habido muchos robos y en uno de ellos el desenlace fue un asesinato.
Marzo 2015. Nueva situación de riesgo y percepción de amenaza (verbal) con el agravante de que para avisar discretamente a la GC, una persona se queda sola con el agresor. Al tener que abandonar la otra la sala para llamar por teléfono. El agresor y la persona que se queda con él, son los mismos que vivieron el acontecimiento de febrero de 2014. El agresor reconoce a esta persona y le recrimina que se avisara a la Guardia Civil. Esta situación genera temor en el profesional y por ello únicamente comunica lo sucedido a dirección, sin tramitar el parte a RRLL por temor a que se le envíe una carta al agresor y ello empeore las cosas.
En abril de 2015 se recibe por correo electrónico el nuevo protocolo donde existe la posibilidad de poder elegir que no se mande carta al agresor.
DETECTAMOS COMO PROBLEMAS:
-Muchos trámites a la persona que ha recibido la agresión. Creemos que al agredido se exige le demasiada burocracia cuando lo que quiere es “olvidar la situación” y además temen las consecuencias.
-Desconocimiento de la existencia de Planes y protocolos
-No hay feed-back
-Percepción de inseguridad.
-Trabajar con miedo repercute en los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la satisfacción de los profesionales ante la gestión y los resultados de las actividades realizadas para mejorar su seguridad.
-Mejorar la atención a los pacientes secundariamente a mejorar la situación de los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades realizadas hasta ahora son: 1º) Encuesta a todos los profesionales del CS preguntando si habían vivido situaciones de miedo, amenazas o agresiones. 2º) Reunión con el CS para presentar resultados de esta encuesta. 3º) Resumen que se presentó en las Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud celebradas en Zaragoza el 15 de junio de 2016. 4º) De manera informal se comentó con coordinador y Dirección la pertinencia de mejorar las medidas de seguridad pasivas en el centro. 5º) Se mantuvo conversación informal con la GC de Monreal del Campo, explicando que estábamos realizando este proyecto. La GC se ofreció a darnos formación sobre cómo actuar ante personas y situaciones violentas. 6º) Se habló telefónicamente con RRLL y con Dirección de AP para solicitar su implicación.

Los resultados obtenidos en 2015/2016 fueron:
-Número de personas que respondieron a la encuesta han sido 22 (17 mujeres y 5 hombres). Con los resultados se elaboraron dos tablas. En la 1ª tabla valoramos percepción de riesgo/miedo con respecto a la peor situación vivida: 6 personas que tenían una percepción media/alta de miedo en consulta, 8 en domicilio y 12 en atención continuada. Donde mayor es la percepción de riesgo es en atención continuada (más del 50% de los profesionales ante situación de violencia han tenido percepción media-alta de miedo). En la 2ª tabla: se valoran los sistemas de seguridad:solo dos personas se sienten totalmente seguras y nunca han tenido percepción de inseguridad. La mayoría cree que no hay suficientes sistemas de seguridad (aproximadamente un 77%). Donde menos seguridad se percibe es en el domicilio del paciente.
Como actividades pendientes quedan: recibir formación específica, mejorar las medidas pasivas de seguridad,

Proyecto: 2016_1288 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

diseñar un protocolo de actuación, realizar un role playing.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En 2015/2016 se analizó y valoró por medio de una encuesta:
- Percepción de riesgo/miedo.
- Percepción de validez de los sistemas de seguridad.
En 2017 se analizaran y evaluaran los mismos indicadores una vez realizadas las actividades propuestas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Febrero 2017 Solicitud formalizada a Guardia Civil para recibir curso de formación.
- Marzo 2017 Curso de formación impartido por GC.
- De abril a julio: elaboración de protocolo siguiendo indicaciones de formación recibida y solicitud de medidas de seguridad pasiva específicas.
- De agosto a septiembre: diseñar taller role playing.
- De octubre a noviembre: realizar role playin, mejorar la seguridad pasiva y la comunicación con RRLL.
- Diciembre 2017 Volver a pasar las encuestas de percepción de seguridad y evaluar

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INSEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA - EPOC

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO CLEMENTE IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROCA MUÑOZ MARIAN. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· GÜELL AYUDA JUAN. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· MORA PALOMARES DOMINGO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· VIVO LAZARO JOSE LORENZO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· ARGILES HERNANDEZ LUISA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR MORRO JOSE. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Mora de Rubielos.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado(convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler
En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.
Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.
Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería y medicina.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 2º trimestre 2017 y finalización diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA - EPOC

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR E TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

2. RESPONSABLE ..... JOSE LORENZO VIVO LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· GÜELL AYUDA JUAN. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· MORA PALOMARES DOMINGO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Sector Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,91%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón1 mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.
A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,95% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02) o lansoprazol (A02BC03) o rabeprazol (A02BC04) o esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).
El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón, donde el 73,45% de los pacientes están en tratamiento con omeprazol2.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Siguiendo las líneas estratégicas de URM en Aragón, el objetivo principal de este proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017. Tras el análisis de consumos y de los perfiles de prescripción, la selección eficiente de IBP es una actuación necesaria para promover el URM en el Sector Teruel. Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente2-3.

Objetivo Farmacia III: Medidas para diminuir el gasto medio por receta Sector Teruel.
Sustitución de moléculas ineficientes por eficientes.
No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable 1-3.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de un IBP. A través del cuadro de mandos (CM) de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán un listado de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) para valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base a los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) establecidos y aceptados en Aragón1. Los listados del CM de Farmacia se actualizarán mensualmente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ejora del indicador cualitativo de selección eficiente de IBP en el Sector Teruel (no incluido en el contrato programa)
Objetivo: Incrementar un 10% el número de pacientes del Equipo de Atención Primaria de Mora de Rubielos con prescripciones activas de omeprazol frente a aquellos que tienen prescritos otros IBP.

Desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria se hará un seguimiento de esta medida de selección eficiente durante 2017 (1er corte: marzo 2017; 2º corte: diciembre 2017) y se dará el apoyo necesario a los EAP (información farmacoterapéutica).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo 2º trimestre 2017. Finalización diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR E TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA DE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... VALERIANO OLIVAS GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· AGUELO FLORIA MARCOS. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· IGUAL IBAÑEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· CONEJOS MERITA ANA. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Valorara la función renal en mas de 75 años para evitar el daño renal de los AINEs y otros fármacos potencialmente nefrotoxicos, Triple Whammy y clasificar a los pacientes según su daño renal

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la yatrogenis por AINEs, disminuir el riesgo de Triple Whammy, con una valoración mas especifica de su función renal

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todos los pacientes de la población diana tendrán al menos una vez al año una valoración del filtrado glomerular a través de la formula de Cockcroff_Gault

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrara un episodio en OMI con su grado de función renal.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará el 1/04/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1182 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORAR Y EDUCAR SOBRE LA UTILIZACION CORRECTA DE INHALADORES EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE EPOC-ASMA EN LA POBLACION PERTENECIENTE AL CS DE MOSQUERUELA

2. RESPONSABLE ..... MARCOS AGUELO FLORIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAS GUILLEN VALERIANO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· IGUAL IBAÑEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· CONEJOS MERITA ANA. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchos pacientes con ASMA-EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías. Las causas principales de descompensación en los pacientes con ASMA-EPOC son: el abandono o infrautilización del tratamiento por parte del paciente el infratratamiento por parte del medico y una técnica de inhalación inadecuada.
Por ello se ha detectado por parte de los profesionales del EAP de Mosqueruela la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.
Por otro lado la situación de partida del diagnostico de EPOC en el sector Teruel es baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN. a lo largo del año 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar proyectos con los objetivos comunes de mejorar la taa de diagnostico de EPOC en fumadores con un aumento de la realización de espirometrias y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementado una serie de talleres en uso de inhaladores

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de los inhaladores, solucionar las deficiencias detectadas mediante educación individual/grupal.
Reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento para evitar las reagudizaciones y el empeoramiento de la enfermedad .Emponderar a la población con ASMA-EPOC en el diagnostico temprano de sus reagudizaciones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se propondrá a cada paciente la intervención y se citara en una consulta programada o en domicilio si estos son inmovilizados. La intervención consistirá en una valoración por parte del enfermero del manejo del inhalador de cada paciente de forma optima, se educará sobre la enfermedad, sus complicaciones y como detectar sus reagudizaciones. Si la utilización del inhalador no es adecuada se volverá a citar en un mes para nueva valoración. Sesiones clínicas para los profesionales del EAP para homogenización de conceptos y consejos a aportar a los pacientes .Reuniones de trabajo en el EAP para valorar el desarrollo, los problemas mas frecuentes detectados y la adherencia al programa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A cada paciente en tratamiento con inhaladores diagnosticado de EPOC-ASMA se le incluirá en el protocolo de Educación a Grupos disponible en OMI, esperando incluir el 80% de los pacientes en tratamiento con inhaladores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1/04/2017 a 31/12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO GARCIA FRANCISCO. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LATASA LATORRE PILAR. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA PREVALENCIA DE EPOC EN LA POBLACIÓN ES MAYOR EN PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS CUYO ÍNDICE TABÁQUICO ES MAYOR O IGUAL A 10. SE TRATA DE MEJORAR LA DETECCIÓN E INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC A TRAVÉS DE REALIZACIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL: AUMENTO DE DETECCIÓN DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS A PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO.
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H)
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN.
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS AL AÑO / Nº TOTAL DE PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS X 100

2. % DE ESPIROMETRÍAS PATOLÓGICAS / TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO: 15 DE MAYO 2017
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO: ABRIL 2017
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS: JOSE ANTONIO LÁZARO
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H): 22 DE MAYO 2017
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN: CONSULTA DE PEDIATRÍA
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO:22 MAYO 2017
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS: A PARTIR DEL 22 MAYO 2017
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS
9.FECHA DE INICIO PROYECTO: 1 DE JUNIO
10.FECHA FIN PROYECTO: 15 DE DICIEMBRE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO SERRANO MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO GARCIA FRANCISCO. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LATASA LATORRE PILAR. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ES UNA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL SANITARIO. EN NUESTRO MEDIO LA ATENCION PRIMARIA ATIENDE LAS LLAMADAS URGENTES DE PACIENTES DESDE LOS DOMICILIOS, Y TAMBIÉN PUEDE SER REQUERIDA PARA ATENDER URGENCIAS EN LA VÍA PÚBLICA A LOS CUALES EL 061 NO PUEDE ATENDER EN ESE MOMENTO POR SATURACIÓN O CONSIDERA QUE DESDE EL C.S. MAS PRÓXIMO SE PUEDEN ATENDER LA MISMA.
POR TODO ELLO PLANTEAMOS QUE DEBE EXISTIR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD UN MALETIN DE URGENCIAS CON LA MEDICACION ADECUDA AL IGUAL QUE UN MATERIAL ADICIONAL ACORDE Y CORRECTAMENTE ACTUALIZADO A LA VARIADA PATOLOGIA QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS:

GENERAL: GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE DE CALIDAD A LA POBLACIÓN DEL C.S. DE SANTA EULALIA.
ESPECÍFICOS:

1.ESTABLECER UN MECANISMO DE REVISIÓN Y REPOSICIÓN DE LOS ELEMENTOS INCLUIDOS EN EL MALETÍN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE, ASÍ COMO LA COMPROBACIÓN DEL CORRECTO ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO, DEJANDO CONSTANCIA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.
2. REVISAR Y ACTUALIZAR LA RELACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. ESTABLECER TURNO ROTATORIO PARA LA REVISION MENSUAL DEL MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE, DE MANERA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE FAMILIARICEN CON EL PROCESO.
2. ELABORAR UN LISTADO SE MEDICAMENTOS DE MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE. (HOJA EXCEL).
3. REGISTRO DE CADA REVISION REALIZADA (FECHA DE REVISION, PERSONAL QUE LA REALIZA Y FIRMA, EXISTENCIAS, CADUCIDAD, REPOSICION Y FUNCIONAMIENTO) MEDIANTE LA ELABORACION DE UNA HOJA DE REVISION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y OTRA DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
LA EVALUCION DEL PROYECTO DE MEJORA SE LLEVARA A CABO CADA AÑO SEGUN EL CRITERIO:
Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MALETIN DE URGENCIAS)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.
Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.
REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR.
REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL LARINGOSCOPIO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS:
-ABRIL 2017: ELABORAR LISTADO DE MEDICACION DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y HOJAS DE REGISTERO DE REVISION Y CONTINUAR CON EL MALETIN URGENCIAS.
-MAYO 2017: CONTINUAR CON LAS SESIONES REGLADAS Y REGISTRADAS DEBIDAMENTE.
-SESIONES FORMATIVAS: 1ª JUNIO 2017, 2ª OCTUBRE 2017, 3ª NOVIEMBRE 2017Y 4ª DICIEMBRE 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCION PACIENTE PLURITALOGICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

Proyecto: 2016_1185 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:% % EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5% Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

2. RESPONSABLE ..... JESUS PALACIOS MEDRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORTE PEREZ ALFREDO. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· LACOMBA BIOL MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· LEAL DE LUQUE AMADID. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO REIG RAMON. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES ABANSES CRISTINA. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· CASTRO GARCIA EDUARDO. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ CARRALERO MANUEL. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.
Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).
La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT.No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.
Segundo objetivo:Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.
2.Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).
3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.
Actuaciones en relacion con Olmesartan:
1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón2. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.
2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En relacion con parches de lidocaina al 5%.
Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.
Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.
Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).
En relación con olmesartan medoxomilo:
Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.
Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 100%.

Proyecto: 2016_1185 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:% % EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5% Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En ambos casos la duración del estudio se prlongará a lo largo de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

2. RESPONSABLE ..... ENCARNA FUENTES MORENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO GRACIA MARTA. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR MAGALLON JERONIMO. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ NAVARRO ENRIQUE. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· CONEJOS BELLIDO CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· ARNAU FUERTES ALICIA. MATRONA. CS SARRION. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FORTEA GARZARAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el centro de salud de Sarrión hemos detectado que en las mujeres de 50 a 59 años existe un indice bajo de seguimiento en el servicio de atención a la mujer en el climaterio y por ello vamos a valorar el riesgo de osteoporosis por medio de PC de riesgo de OMI- AP, se reforzará con educación sanitaria en alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio y se completara la historia gíneco-obstetrica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Valoración del riesgo de fractura asociado a osteoporosis en mujeres de 50 a 59 años, realizando el PC de factores de riesgo de OMI. Se llevará a cabo mediante un proyecto multidisciplinar que incluya personal de medicina, enfermería y administración.
Captación del 80% de la población diana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Extraer listados de OMI de mujeres de 50-59a.
- Captación de la población diana en consulta programada, demanda y consulta no presencial vía telefónica.
- Se le hará el cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis incluido en el OMI.
- Clasificación de las pacientes con riesgo alto según anexo 1 y dar en cualquiera de los casos (riesgo alto y riesgo bajo) formación en hábitos saludables (evitar tabaquismo y alcohol), dietas ricas en calcio y vitamina D; cafeína y ejercicio físico regular.
- Si es riesgo alto derivar a medicina para valoración
- Si hay riesgo bajo dar educación sanitaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Población diana (mujeres de 50-59 años).
% de población con riesgo alto y de riesgo bajo.
% de población con riesgo alto derivadas a medicina y que se les realiza intervención sobre el riesgo de fractura (tratamiento, valoración, realización de densitometría)
% de población de riesgo bajo que se le ha dado consejo sobre alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio.
Se realizará la evaluación mediante revisión de la HC en OMI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2017: Revisión de listados de mujeres de 50-59 años
Mayo 2017: Captación de la población diana.
Junio a noviembre del 2017 realización del proyecto.
Diciembre 2017 Evaluación .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CURSO DE POSTPARTO Y APOYO A LA LACTANCIA

2. RESPONSABLE ..... ALICIA ARNAU FUERTES
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- En el centro de salud de Sarrión se hacen de 2 a 3 visitas postparto a las mujeres. Tras ellas las mujeres refieren tener ganas de encuentros con las compañeras de preparación a la maternidad, y de conocer cuidados y estimulación del bebé y volver a tonificar su cuerpo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poblacion diana: mujeres de postparto a partir de la cuarentena
Resultados que se espera conseguir: lactancias más duraderas y satisfactorias, que sepan compartir sensaciones de esta nueva etapa para prevenir posibles depresiones postparto, afianzar el vínculo con el bebé a través del juego, de las canciones.
Mujeres reencontrándose con su cuerpo de forma amorosa, trabajando posibles IUEsfuerzo y tonificando su cuerpo.
Mujeres aceptando la nueva situación adaptandose a las necesidades del bebé
Mujeres que conocen la sexualidad en esta nueva etapa

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizan 6 sesiones:
-yoga bebé mamá. Masaje bebés.
-charla sobre: lactancia, sexualidad, nuevos roles en la familia, evolución del bebé, un día normal en una familia normal con un bebé.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de usuarias en un año/ número de partos en ese año
- Número de usuarias que demandan más clases/ Número total de usuarias
- Preguntar al año tiempo de lactancia y comparar con la media en Aragón

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración de 6 semanas, o prolongable a petición de usuarias.
Incorporación de madres a medida que pasan la cuarentena.
Ininterrumpido en el tiempo salvo por falta de demanda
Duración de las sesiones de 1 hora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1175 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS%

2. RESPONSABLE ..... RAFA GOMEZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALVE ROYO AGUSTIN. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MANERO PEREZ JUAN JOSE. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· SOLER ADAN SILVIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ABAD LAGUIA ROSA MARIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN SANTOS ISABEL. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· SOGUERO GARCIA ISMAEL. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· LANZUELA MARINA DOLORES. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
SECTOR TERUEL
En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.
A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,57% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02), lansoprazol (A02BC03), rabeprazol (A02BC04), esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).
El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón (73,45 % de los pacientes están en tratamiento con omeprazol (01/03/2017)2).

CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO
La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Centro en 2016 supuso un gasto de 187.794 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 770.965 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 28,6% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), esomeprazol (23,5%), lansoprazol (22,3%), omeprazol (18,17%) y rabeprazol (7,5%)1.
En el C.S. Teruel Centro, 2.666 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 15% pantoprazol, 13% lansoprazol 9,6% de prescripciones de esomeprazol, 2,2% rabeprazol y 1,2% esomeprazol+naproxeno.
Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menos coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del 10% de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en el C.S. de Teruel Centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Centro para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol.
- Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1175 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS%

1 DE MARZO A 31 DICIEMBRE DE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ GIL RUTH. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ALEJOS RAMIREZ LUIS. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· FERRER SOROLLA RUBEN. MIR. H OBISPO POLANCO. ATENCION ESPECIALIZADA
· CASANOVA SOTO MARTA. MIR. H OBISPO POLANCO. ATENCION ESPECIALIZADA
· CATALAN ADIVINACION GLORIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire1, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos grastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón).La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud “Teruel Centro”, existen un total de 160 ARs con prescripción activa de olmesartan medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW(IECA o ARA II+ diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2.Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3.Tras revisión y evaluación de cada caso se deteminará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.
Objetivo: 50%.
-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 DE MARZO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL CASTILLO GUILLAMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MESADO ZAPATA SILVIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· TERUEL BAREA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· POMAR MARTIN MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· CRESPO GONZALVO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO PEREZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.
La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulinodependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.
Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP).
Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2.Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3. Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2.Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3.Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4.Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5.Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6.Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
-Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
-Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
-Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
-Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI):10% y Límite

Proyecto: 2016_1210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Superior: 15%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-Mayo 2017.
oInstalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
oSesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
oDesignación de un coordinador de diabetes del EAP.
Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.
oRevisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.
Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1193 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN GALLARDO GANUZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· LOZANO PASAMAR MARIANO. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONGE ILLANES ALEJANDRO. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO IZQUIERDO ANGEL. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Olmesartán medoxomilo fue el principio activo de los Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) que mayor gasto supuso para el Sector de Teruel en 2016 (189.998€ y 2.760 DDDs), seguido de Valsartán (162.830€ y 60.728 DDDs). La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso) y utilizar otras alternativas más favorables (Protocolo de Intercambio terapeútico (PIT) de ARA II para los hospitales de Aragón).

La tripe combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy (TW). Los pacientes con prescripción TW presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones:
1) Selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad, evitando el uso de olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso), ya que existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras
2) La revisión y adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II más diurético más AINE), evitando su prescripción para disminuir el riesgo de fallo renal agudo. Y en el caso que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formación del grupo de trabajo
2. Sesión informativa a los médicos del Centro de Salud
3. Valoración individual de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo, por parte de su médico de Atención Primaria, para ello:
• El farmacéutico de Atención Primaria enviará a los Médicos del Centro de Salud un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de dicho fármaco (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente), con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT
• Los listados serán remitidos en marzo y septiembre de 2017
4. Seguimiento de los pacientes con tratamiento combinado TW:
• A través del CUADRO DE MANDO DE FARMACIA (CIAS), los médicos del Centro de Salud podrán obtener un listado mensual con los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
• Posterior revisión y adecuación de los tratamientos de dichos pacientes: en los que se realizará una valoración de su función renal, para la detección del riesgo de fallo renal. Y en el caso de no poder retirar el fármaco una monitorización de creatinina y potasio mientras continue con el mismo tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Disminución en un porcentaje del 50% del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Dichos datos se extraerán del DATA de Farmacia, valorando los casos existente a 1 de marzo de 2017 (200 pacientes) y el porcentaje de reducción en septiembre y diciembre de 2017
• Disminución en un porcentaje del 100% del número de pacientes con prescripción TW. Actualmente en nuestro centro de salud se han detectado a 1 de marzo de 2017, 160 casos de TW. Estos casos se controlaran mensualmente en el cuadro de mando de Farmacia, con valoración final en diciembre de 2017

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Formación del grupo de trabajo en marzo 2017
2. Sesión informativa en 1ª quincena de abril de 2017

Proyecto: 2016_1193 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

3. Envío de listados con prescripciones activas del olmesartán medoxomilo a cada profesional del centro de salud en marzo y septiembre de 2017
4. Listado mensual en el cuadro de mando de Farmacia, por CIAS, de los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
5. Valoración de resultados en diciembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

2. RESPONSABLE ..... JUAN ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· MALO LOU CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ESCUER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ANTON CRESPO MANUEL ANGEL. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ DIAZ TANIA. MIR. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.
Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:
1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno
Nos planteamos:
- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)
? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%
? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma
? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.
La evalución del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraidos del DATA de Farmacia

Proyecto: 2016_1194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017
- Formación del grupo y revisión de guias clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

2. RESPONSABLE ..... ANGEL PUEYO IZQUIERDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ DIAZ TANIA. MIR. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ZORRAQUINO LOZANO JUAN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONTANER GIMENEZ AMPARO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· LOU DOMINGO VICTORIANO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.
Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.
Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, … y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
- Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
- Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
- Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.

- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo

- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades, sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

Proyecto: 2016_1195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):

1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

9. OBSERVACIONES.
Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Proyecto comunitario de educación para la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1208 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA.

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FERNANDEZ ARREDONDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUSTERO FUSTERO SARA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO POBO DOMINICA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ ROYO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· BELENGUER ANDRES NATIVIDAD. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.
La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulinodependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.
Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP).
Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2.Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3.Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2.Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3.Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4.Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5.Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6.Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
-Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
-Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
-Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
-Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI):10% y Límite

Proyecto: 2016_1208 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA.

Superior: 15%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-Mayo 2017.
o Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
oSesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
oDesignación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.
oRevisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.
Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SUPERVISION HUMANA Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR,Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUALCOLEGIO COMARCA CUENCAS MINERAS DE MONTALBAN

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO CORTES PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONZON GRACIA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En cumplimiento de la guía de comedores escolares de Aragón, por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de 29/06/2005 sobre servicio de comidas en centros docentes, se recogen las recomendaciones para que se fomenten y promocionen hábitos saludables, en los comedores escolares, y particularmente en el apartado 6 pto 1, de dicha guía, siendo que el colegio de Montalbán, tiene personal propio de cocina, necesitaba la supervisión de los menús elaborados por un profesional con formación acreditada en nutrición humana y dietética.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se dirige a los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo, desde los 3 años a los 14 años,
Se persiguen dar cumplimiento a las recomendaciones sobre fomento y promoción de hábitos saludables, y la contribución a la prevención de algunos problemas de sald relacionados con la nutrición.
Se ofrece la colaboración del personal sanitario destinado en el centro de salud- Consultorio Local para completar y supervisar la elaboración del menú escolar que se aplica y se entrega a las familias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Previamente, al inicio del curso, se realiza una reunión conjunta entre el personal sanitario supervisor, el personal de cocina, y la dirección del centro para consensuar y establecer los criterios de elaboración del menú escolar.
El personal interno de cocina propone un menú, a la dirección del centro, que lo hace llegar al personal sanitario, del consultorio local via electrónica. para su supervisión y certificación conforme a los criterios dietéticos establecidos.
Una vez al mes, se realiza este proceso, durante el curso escolar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fomentar y promocionar hábitos saludables en la alimentación del alumnado en relación a su nutrición.
Favorecer la salud de los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual .
Contribuir a la Prevención de algunos problemas de salud relacionado con la nutrición(obesidad, dislipemia...).
Disminuir el porcentaje de alumnado,con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, de obesidad, a través del progama de revisión del niño sano

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante todo el curso escolar :
Desde el mes de septiembre de 2016 hasta el mes de junio de 2017. ambos incluidos.
Se ha estado desarrollando este programa durante los cursos 2014-2015. y 2015-2016 con la misma sistemática.

9. OBSERVACIONES.
Se duda en cómo concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Nutricion y habitos saludables
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR TERUEL, PARA EL C.S. DE UTRILLAS. SELECCION EFICIENTE DE IBP

2. RESPONSABLE ..... JESUS CABALLERO SOLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALAS FERRER VICTORIA EUGENIA. MEDICO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Sector Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2015/2016 ha sido del 6´91% por el incremento del número de recetas (1´71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es un objetivo del programa de uso racional del Medicamento de Aragón.
En 2016, los IBP supusieron el mayor gasto del Sector, especialmente Pantoprazol, Omeprazol y Lansoprazol.
A 1 de marzo de 2017, de los 13.301 pacientes con IBP prescrito, un 65´95% (73´45% en Aragón) lo tienen de Omeprazol y un 34´43,€ de otros IBPs

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Impulsar la seleccion eficiente de IBP para ajustar el GPR en 2017
-El IBP de eleccion es el OMEPRAZOL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con prescripciones activas de un IBP. A traves del cuadro de mandos de Farmacia por CIAS, los Médicos de Familia obtendran un listado de los pacientes con un IBP prescrito diferente a omeprazol. Sobre esa vase, podran valorar la idoneidad o no de la sustitucion por el más eficiente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Mejora del Indicador Cualitativo (incremento del 10%) de Seleccion eficiente de IBP para el EAP de Utrillas, en el Sector Teruel.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Todo el periodo de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE INHALADORES

2. RESPONSABLE ..... LAIA HOMEDES CELMA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ LOPEZ WENCESLAO. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MAÑAS BERNAD ANA. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Constatación diaria del mal manejo de los inhaladores en pacientes EPOC y ASMA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La correcta utilización por parte del paciente de los inhaladores prescritos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Ofertar a la población un taller de formación en el manejo de los inhaladores.
- Taller constará entre dos y diez pacientes.
- Número de talleres dependerá de las necesidades para la total cobertura

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluar el correcto manejo de los inhaladores en nuestros pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Duración 1 hora por taller.
- Responsables: Wenceslao Gomez, Ana Mañas, M. Angeles Monton y Laia Homedes

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2016_1181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GARCÏA. FARMACEUTICO/A. FARMACIA LOCAL. ATENCION PRIMARIA
· IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO. VOLUNTARIO/A. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Educación de Salud para la comunidad a través de un medio de comunicación directo como la radio.
Importancia de ofrecer información práctica sobre cuestiones relacionadas con la salud, tanto desde el punto de vista de la Atención Primaria como del ámbito farmaceútico.
Se mejor así la información facilitada a la población utilizando un lenguaje claro y sencillo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ofrecer información útil para la población relativa a cuestiones básicas de salud, tratando aspectos como guías prácticas de prevención y cuidados, así como de tratamientos médicos y farmacológicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Seleccionar el tema a tratar en el programa, con el equipo formado por un representante de la emisora de Radio Montalbán, un farmaceútico de la zona y la enfermera de la consulta médica de Montalbán.
Confección de un guión y seleccionar la información a ofrecer en el programa.
Grabación del programa y emisión a través de la emisora local a través de la Radio (107.5 FM), así como de la página web "radiomontalban.com"

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se intenta que los indicadores sobre información a la comunidad alcance a la mayor población posible, a través de este medio de comunicación, se alcanza a un amplio volumen de población, ofreciendo información básica sobre educación para la salud, incluyendo prevención y promoción de la misma.
Se acerca el modo de información sobre salud a toda la población, particularmente a aquellas personas que no suelen acudir personalmente a la consulta, manteniendoles informadas, incluso sobre actividades que se ofrecen como campañas de vacunación, cribado ccr, detección del tabaquismo, obesidad, riesgo cardiovascular, etc..

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Programa quincenal, emitido los miércoles de 18:00 a 19:00 y los jueves de 10:00 a 11:00 horas.-
Se inicia la programación en el mes de octubre de 2016 y se finaliza en el mes de junio de 2017.
Se ha realizado esta actividad desde hace dos años, durante la temporada anterior 2015-2016

9. OBSERVACIONES.
Se duda en como concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto en relación al Contrato de Gestión

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las incluidas y las demandadas por la población
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE LAS TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES LAZARO BELLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO ALBA ANGELA. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· CALVO ABANTO ANA. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· ZEIN CHEJ SIDAHAMED. MEDICO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado la posesión y con ello el gasto de tiras reactivas innecesario en pacientes DMNID bien controlados con antidiabéticos orales (ADO) y que acuden a controles periódicos de enfermería.

Mucho de ellos fueron dados en la primera consulta de endocrino cuando se les diagnosticó su diabetes y continuando con el mismo gasto de tiras una vez controlada su enfermedad con su tratamiento ADO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución del consumo de tiras reactivas en pacientes tratados con ADO y que tiene un buen control de su diabetes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Educación sanitaria individual en consulta de enfermería a pacientes que el equipo médico no considere necesario mayores controles de los que se realiza en consulta.

Educación sanitaria si el paciente acude solicitando tiras en horario de atención continuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registrar el número de tiras tanto en OMI como en hoja registro de farmacia, para llevar un mayor control de su uso.

Gasto del número de tiras por parte del equipo médico de Utrillas en el año 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Educación a los pacientes durante el año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1189 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

2. RESPONSABLE ..... MARTA BENEDI ZAMARVIDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAYONA FARO YOLANDA. MEDICO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· ZEIN CHEJ SIDAHMED. MEDICO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Detectar el porcentaje de pacientes pediátricos vistos en atención continuada que son tratados con antibiótico y ver que antibiótico se usa, ya que se observa que en muchas ocasiones se usan antibióticos sin ser necesario y que los que se usan en ocasiones no son amoxicilina o amoxicilina-clavulánico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es prescribir antibiótico vía oral unicamente cuando está indicado y que este sea el adecuado.
Nuestra población diana serían los pacientes en edad pediátrica puesto que es en este grupo en el que la incidencia de otitis es mayor.
El servicio al que está dirigido el proyecto es el de atención continuada ya que aquí es donde desarrollamos basicamente nuestra actividad los médicos participantes y es en este servicio donde acuden gran cantidad de niños con otalgia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Basarnos en las directrices de la Sociedad Española de Pediatría para prescribir antibiótico.
- Reunión semanal para revisar los pacientes vistos por otalgia y la acticidad de los distintos profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Uso de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico en pacientes pediátricos con otitis media aguda segun recomendaciones de Asociación Española de Pediatria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización durante el año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

2. RESPONSABLE ..... AMPARO VALENZUELA FOVED
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MINGUILLON SANZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MONZON GRACIA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Necesidad de crear hábitos de higiene buco-dental.
Prevención de parasitosis.
Correcta higiene de manos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar cuidados higiénicos
Crear hábitos saludables.
Prevenir enfermedades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charlas en colegios con padres y niños.
Repartir tripticos e información a la población.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolos de actuación y educación en consulta médica y de enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 27-4-2017 y fin el 24-12-2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILEL, DEL SECTOR DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION LEON MIGUEL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARMATAMALA GIMENO CARLOS. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· BESER PUIG EUGENIO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SEGURA LARA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGO MAICAS MIGUEL. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· FLORES FLORES JOSE. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MIGUEL POSA JORGE. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o no se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Villel.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado(convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.
Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>50%)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>50%)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>50%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa por parte de MAP y Enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería. En sesiones de una hora aproximadamente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILEL, DEL SECTOR DE TERUEL

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1207 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5%

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL DOMINGO MAICAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATAMALA GIMENO CARLOS. MEDICO/A. CS VILLEL. A. PRIMARIA
· FLORES FLORES JOSE. MEDICO/A. CS VILLEL. A. PRIMARIA
· MIGUEL POSA JORGE. MEDICO/A. CS VILLEL. A. PRIMARIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Problema u oportunidad de mejora seleccionada.
Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.
Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación. En el Sector Teruel, de los 77 pacientes que tienen prescripciones activas de PL5% en receta electrónica (fecha de corte 01/01/2017)2 sólo se cumplía la indicación autorizada en FT en 1 paciente (1,3%).
La indicación de medicamentos para usos no autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se contempla en el RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. El acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España tendrá carácter excepcional y se limitará a cuando no hay alternativas terapéuticas autorizadas; se debe informar al paciente y se debe escribir la justificación en la historia clínica del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel. Los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT sin que haya datos suficientes para garantizar su eficacia y seguridad: neuralgias de cualquier origen, dolores traumatológicos de cualquier causa y con relativa frecuencia en asociación a opiáceos mayores.

Objetivo Farmacia I: Revisión de la prescripción de medicamentos fuera de ficha técnica.

No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/01/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Sector Teruel.
Responsable: FAP Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009); y del documento para la prevención de sanciones por prescripción farmacéutica de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Se enviará dicha información a los coordinadores médicos de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para que la distribuyan entre el resto de profesionales médicos del EAP.
Responsable: FAP Sector Teruel.

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.Responsable: MAP del C. de Salud de Villel y FAP Sector Teruel.
1. En su caso dejar de rcetar PL5% si no está indicado o proponer al Médico que lo prescribio que lo recete él.
Responsable: MAP del C. de Salud de Villel.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.
Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

Proyecto: 2016_1207 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Duración un año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0211 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABELLA PEREZ LUIS ANGEL. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· CASAS SANZ MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VALDEARCOS ENQUIDANOS SANTIAGO. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MALLEN JOAQUIN. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La adquisición y dispensación de medicamentos a los16 centros de salud del Sector Teruel (2 urbanos y 14 rurales) se gestiona desde el Servicio de Farmacia (SF) de Atención Primaria (AP). En la actualidad, la persona designada en cada centro realiza mensualmente la petición de medicamentos mediante un impreso en papel que envía por valija al SF para luego dispensarlos con el reparto preestablecido.
Objetivo principal: Mejora de la gestión de los botiquines de los EAP. Se implantará la petición de medicamentos a través de la Intranet del Sector mediante el programa informático Farmatools® en la URL que se configure desde el Servicio de Informática, quien ha autorizado ya este posible uso. Se suprimirá el impreso en papel evitando posibles extravíos y facilitando que el pedido llegue de forma inmediata al SF. Cada centro dispondrá de una clave de acceso y contraseña, evitando problemas de identificación. Las cantidades solicitadas se ajustarán, salvo excepciones justificadas, al pacto de consumo establecido y se podrán pedir medicamentos urgentes.
Ésta herramienta permitirá a los responsables consultar la cantidad dispensada de cada medicamento solicitado antes de recibirlo físicamente para conocer si existe, por ejemplo, desabastecimiento; y si el pedido está preparado sin necesidad de consultarlo telefónicamente.
Objetivo secundario: Asegurar la gestión eficiente de los botiquines mediante un registro de todos los pedidos realizados y dispensados garantizando un mayor control de las existencias (cantidad, lote y caducidad).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Revisión e inventario del almacén de AP. Adecuación de existencias, control de caducidades y correcta conservación y almacenamiento.
2.Revisión de la guía farmacoterapéutica, reducción de las especialidades del stock al mínimo para facilitar al personal el conocimiento de los mismos y garantizar la selección eficiente.
3.Actualizar el maestro de artículos del SF de AP (Farmatools®) y ordenarlo por principio activo.
4.Definición de pactos de consumo entre el SF y los EAP considerando los consumos, la población a la que atiende y la dispersión que presenta.
5.Disminución de los posibles errores de medicación (EM) asociados al cambio de ofertas adquiridas desde el SF por desabastecimientos.
6.Disminución de las peticiones urgentes solicitadas inadecuadamente.
7.Garantizar la eficiencia en el control del consumo farmacológico, tanto en número de unidades dispensadas a los centros de salud como en coste total.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Actualización del listado de medicamentos incluidos en los botiquines, pedido máximo (pacto) y observaciones (normas de conservación ó dispensación).
2.Instalación de la aplicación web del programa informático Farmatools® en los Centros de Salud.
3.Organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición y difusión de las claves de acceso para acceder a la aplicación.
4.Análisis de los datos: de reducción de pérdidas documentales (vales de psicótropos, impresos de pedido), de consumos de medicaciones sustitutivas en casos de desabastecimiento (variaciones de coste unitario y global en estos episodios).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de artículos revisados y actualizados del maestro Farmatools®. Objetivo: 100% de artículos revisados.
- Número de revisiones/auditorías del almacén de AP realizadas. Objetivo: realizar una revisión semestral.
- Número de pactos definidos entre el SF y los EAP. Objetivo: definir los pactos de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Número de centros de salud del Sector Teruel en los que se implanta la aplicación web de petición de reposición de botiquines. Objetivo: implantación en los 16 centros de salud.
- Episodios de desabastecimiento y coste de los fármacos sustitutivos empleados.
- Albaranes de petición perdidos, comparado con datos anteriores.
- Vales de psicótropos perdidos, comparado con datos anteriores.
- Satisfacción percibida por los encargados de los botiquines de los EAP, mediante encuesta pre y post implantación de la herramienta.
- Número total de fármacos caducados encontrados en los botiquines pre y post implantación.
- Número de especialidades rechazadas por alteraciones pre y post implantación.

Proyecto: 2016_0211 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

- Número de episodios “fuera de stock” en cada centro de salud y duración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Agosto 2016
-Revisión de la guía de medicamentos para los botiquines de los EAP.
-Actualización del maestro de artículos del SF.
-Mejora del almacén de medicamentos de AP, inventario y revisión de caducidades.
Septiembre-Diciembre 2016
-Definición de pactos entre el SF y los EAP.
-Evaluación previa de los indicadores (pre-post) en los botiquines de los EAP.
-Instalación de la aplicación web del programa informático en los Centros de Salud.
-Formación del personal responsable de los botiquines en el manejo del programa Farmatools®.
Enero 2017- Septiembre 2017
-Monitorización del gasto farmacéutico de los botiquines de los centros de salud.
-Evaluación global de indicadores y comunicación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1192 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MALLEN JOAQUIN. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razónd e prevalencia de EPOC en el Sectro Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.
Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.
Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1199 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

2. RESPONSABLE ..... SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· CASAS SANZ MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MALLEN JOAQUIN. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El autoanálisis de glucemia capilar es un componente imprescindible para el autocontrol de la diabetes cuyo objetivo es mejorar el control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico. Los niveles glucémicos en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) son más estables que en los diabéticos tipo 1 (DM1).
La evidencia científica disponible no sugiere beneficios claros en pacientes con DM2 no insulinizados (salvo en pacientes muy motivados o con riesgo de hipoglucmias). Para pacientes con DM2 no tratados con antidiabéticos orales (ADOs) ó en tratamiento con ADOs no se recomienda el autoanálisis de forma rutinaria, con excepción de los tratados con fármacos con riesgo de producir hipoglucemias (sulfonilureas, glinidas). Para algunos de estos pacientes, las mediciones de glucemia en ayunas realizada de forma intermitente en la consulta de enfermería, puede ser suficiente para adaptar el tratamiento acompañado de mediciones periódicas de los niveles de HbA1c.
En pacientes con DM2 tratados con insulina se recomiendan autoanálisis de glucemia capilar con mayor frecuencia para detectar hipoerglucemias o hipoglucemias asintomáticas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes con DM tipo II en tratamiento con ADOs con bajo riesgo de hipoglucemias y control estable, ya que la determinación periódica de HbA1c sería preferible para el ajuste de la terapia.
2.No usar tiras reactivas de glucemia para pacientes no capacitados para interpretar sus valores y actuar modificando sus hábitos o tratamientos, ya el autoanálisis sería una medida costosa, sin ningún beneficio.
3.No usar tiras reactivas en pacientes no colaboradores para realizar autocontrol, ya que la mera determinación de glucemias capilares no conllevaría cambios terapéuticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Implantación de un programa informático que facilite la monitorización de los pacientes diabéticos que utilizan TRG en el Sector/EAP (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza y seguimiento de las dispensaciones).
2.Programación de sesiones formativas para el personal médico y de enfermería de los EAP sobre las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis en Aragón y manejo del programa informático.
3.Revisión de los pacientes del EAP con DM2 que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al Servicio de Farmacia de Atención Primaria para su inclusión en el programa informático.
4.Promover el uso racional de TRG mediante la adecuación a la frecuencia de autoanálisis recomendada en el Acuerdo Marco para cada paciente y la mejora del conocimiento por parte de los diabéticos de su enfermedad.
5. Sesiones formativas e instrucciones del Acuerdo Marco a los Servicios de Inspección y Endocrinología del Sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017) a los EAP y otras 2 sesiones formativas a los Servicios de Inspección y Endocrinología.
-Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 50% de pacientes.
-Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP: Límite Inferior (LI):10% y Límite Superior: 20%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo –Abril 2017.
- Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.

Proyecto: 2016_1199 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

- Sesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
- Designación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Mayo-Diciembre 2017.
- Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para Inspección y Endocrino y seguimiento de las dispensaciones de TRG. Responsable: EAP y la DAP Teruek

Enero 2017.
Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1554 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARTINEZ SOTO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUEDA GARFELLA CARMEN. PSICOLOGO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOLOGIA CLINICA
· CARCELERO ASENSIO PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. TRABAJO SOCIAL
· GARCIA JIMENEZ JESUS. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· LOPEZ GARCIA ROCIO. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. TERAPIA OCUPACIONAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchos casos de trastorno mental grave institucionalizados en la ULE con el paso del tiempo dejan de salir progresivamente del centro e interaccionar con el exterior pese a ser un centro abierto. Estos usuarios no salen a la comunidad salvo por circunstancias excepcionales: médicas, trámites burocráticos,…
-Las causas más frecuentes son:
Sintomatología negativa: apatía, abulia, anhedonia,…
Perdidas de vínculos familiares y sociales
Tiempo en la institución
Aceptación de su sintomatología por parte de los profesionales
Falta de estímulo por parte de los profesionales de sus hábitos e intereses
Disminución de la movilidad por la edad, enfermedades orgánicas, sintomatología negativa,…
Distancia de CRP al centro de la ciudad
Barreras arquitectónicas en la ciudad
-Las consecuencias más relevantes de la perdida de contacto con el exterior pueden ser:
Perdidas de lazos familiares y amistades
Relaciones sociales restringidas
Disminución de las interacciones sociales normalizadas
Perdidas de habilidades sociales
Perdidas de hábitos e intereses educativos/formativos
Perdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre
Perdida de hábitos de higiene y vestido
Disminución de la estimulación cognitiva
Sedentarismo
Institucionalización
Desconexión con la sociedad
Estigma

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Principal:
Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios
-Secundarios:
Incidir en la sintomatología negativa
Mayor interacción social en un entorno normalizado
Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales
Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses
Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido
Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares
Estimulación física: fomentar la deambulación y mantener/mejorar su resistencia física
Estimulación cognitiva: atención, orientación temporal (horarios, fechas, festividades,… en relación con las salidas), orientación espacial (recorridos por la ciudad), orientación a la realidad, memoria (espacial, nominal,…), reminiscencia, calculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,…

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión del equipo multidiscipinar para detectar y seleccionar los usuarios candidatos a participar en el programa
Reunión del equipo multidiscipinar previa a cada salida para seleccionar los candidatos y organizar la salida
Reserva de vehículo para los usuarios de movilidad reducida (el resto de los usuarios se desplazan andando) previa a la salida
Supervisión de la higiene y vestido de los candidatos previa a la salida (apartado a punto 9)
Salidas regulares a la comunidad de los participantes con el personal del centro (apartado b punto 9)
Reunión del equipo multidiscipinar después de cada salida para evaluarla y registrarla

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_1554 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

-Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente. Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.
No se computaran las salidas en las que no participen por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
-Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente
-Fuente de datos: registro de las salidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 2017
Fecha de inicio: 01/01/17
Fecha de fin: 31/12/17
Programación de las salidas a la comunidad: Se efectuarán un promedio de 1-2 salidas a la comunidad mensuales a terrazas, eventos locales, exposiciones,…, durante la primavera y el otoño en función de la climatología. Durante el verano y el invierno, si la climatología acompaña, se realizarán salidas puntuales (fiestas del Ángel, navidades, medievales,…)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0480 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CALOMARDE MAGDALENA. TCAE. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SANZ LATORRE ANTONIO. TCAE. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· YUSTE VICENTE FELISA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· ESPARZA IZQUIERDO EDURNE. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) son dispositivos diseñados para impartir programas individualizados de rehabilitación a personas con una enfermedad mental crónica (EMC) que posean un déficit funcional y de autonomía, tanto social como personal, con el fin de que puedan recuperar o compensar habilidades que les sean útiles para integrarse en la sociedad con un funcionamiento adecuado, autónomo y eficaz.
Uno de esos programas debe estar enfocado hacia las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que las podríamos definir como “todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria, encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible”.
El objetivo que se persigue con este programa es que el paciente alcance el mayor grado posible de autonomía dentro de sus propias capacidades, habilidades e intereses. Es decir, que el sujeto sea capaz de realizar las AVD sin depender de nadie o con la mínima ayuda posible.

En función de su finalidad, las AVD se clasifican en:
? - AVD básicas (ABVD) o autocuidado: su objetivo es garantizar la supervivencia y el bienestar a través del cuidado del propio cuerpo.
? - AVD instrumentales (AIVD): proporcionan independencia y requieren interacciones más complejas.

Las personas con problemas de salud mental que son atendidas en nuestra unidad pueden tener dificultades en la ejecución de cualquiera de estas tareas, debido a diversos factores propios de la enfermedad, como:
? - Síntomas positivos o productivos
- Síntomas negativos
? - Pérdida de hábitos
? - Tipo de personalidad y costumbres
? - Modelos familiares y/o psicosociales
? - Habilidades y destrezas

Desde la creación de la Unidad de Media Estancia de Teruel en 2008, se han venido trabajando todas estas actividades, si bien la experiencia nos hace plantearnos mejorar ciertos aspectos y encuadrarlos dentro de un programa más específico y mejor organizado de rehabilitación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL:
? - creación por escrito de un Programa de AVD para la Unidad de Media Estancia (UME) de Teruel
? - desarrollar el máximo nivel de autonomía de las personas con EMC que ingresen en la unidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
? - elaboración de un programa de sesiones grupales de tipo motivacional y psicoeducativo, encuadrándolas dentro del horario de actividades de rehabilitación
? - organización de sesiones prácticas grupales y/o individualizadas, encuadrándolas dentro del horario de rutinas del centro
? - identificación de responsables de cada actividad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El programa se compondrá de 3 tres procesos (valoración al ingreso, participación en el programa y reevaluación periódica) y se diseñará mediante reuniones mantenidas por los miembros de este proyecto de calidad (auxiliares de enfermería, enfermería y terapia ocupacional), e incluyendo además otros componentes del equipo multidisciplinar (trabajo social).
Dicho programa se compondrá de diferentes actividades (grupales e individuales), cuyos responsables serán decididos al planificar las mismas.
Finalmente, la elaboración de un dossier escrito permitirá que todo el personal del centro (tanto fijo como temporal) pueda incorporar y asimilar sin problemas las tareas del programa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
?- Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, serán incluídos en el nuevo programa de AVD = 100%
?- Creación por escrito de un Programa de AVD = SÍ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0480 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

?- Del 15 de octubre al 31 de diciembre 2016: reuniones periódicas para planificar el programa, organización de todas las actividades (valoración, sesiones grupales, actividades prácticas,…) y elección de responsables
?- Del 1 al 31 enero 2017: informar del programa al resto de profesionales del centro
?- Del 1 febrero al 30 de abril 2017: puesta en marcha del programa y recogida de información sobre el funcionamiento del mismo
?- Del 1 mayo al 30 junio 2017: creación por escrito del Programa de AVD definitivo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0143 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB "CHECKTHEMEDS"

2. RESPONSABLE ..... MARTA CORREA BALLESTER
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
· FORCANO GARCIA MERCEDES. GERIATRA. RM JAVALAMBRE (IASS). GERIATRIA
· MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· ESTEBAN MARTIN AMPARO. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La medicación es la intervención médica más utilizada para mejorar la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la polifarmacia se asocia a un incremento del riesgo de efectos adversos, interacciones, menor adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, mayor mortalidad e incremento de los costes. La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, población con un mayor riesgo de reacciones adversas, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad.
Existen diversas intervenciones dirigidas a optimizar la terapia farmacológica y evitar los riesgos derivados del uso de fármacos. En pacientes ancianos polimedicados, la atención farmacéutica que incluye revisión de la medicación en colaboración con profesionales clínicos de distintos ámbitos o los sistemas electrónicos de ayuda a la toma de decisiones han demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Objetivo principal: Optimizar la terapia farmacológica de los residentes de la Residencia de Ancianos Javalambre

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
MÉTODO:
Revisión global de los tratamientos farmacológicos mediante la utilización de la aplicación web "CheckTheMeds".
La aplicación permite la revisión del tratamiento considerando, posibles interacciones entre fármacos, datos demográficos (edad, sexo, altura y peso) y datos clínicos (diagnósticos, alergias, intolerancias, grado de insuficiencia renal, hepática…); tras la evaluación proporciona información sobre:
- Alertas por escenarios clínicos de riesgo evitables
- Alertas para la deprescripción de fármacos sin beneficio
- Alertas de dosis inadecuadas
- Alertas para buscar alternativas con menor riesgo beneficio

La aplicación elabora un informe resumen con los datos introducidos y recomendaciones basadas en criterios STOPP-START 2014, Beers 2012 y PRISCUS 2010, recomendaciones de distintas sociedades científicas del año 2014 y alertas o e interacciones entre medicamentos.

Semanalmente la farmacéutica realizará la revisión global de los nuevos ingresos de la Residencia Javalambre y de otros residentes (número no determinado a priori). Los informes obtenidos se enviaran a la geriatra que en colaboración con los médicos de la Residencia realizará, si procede, la adecuación de los tratamientos.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a octubre de 2016
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se retomará la actividad en cuanto se disponga de la herramienta informática (pendiente de trámite de pago), previsiblemente 1 de octubre de 2016.
Duración: de 1 de octubre de 2016 a 30 de septiembre de 2017 (vigencia de la licencia)

9. OBSERVACIONES.
PROYECTO CONTINUACIÓN DEL REALIZADO EN 2015

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicación

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

Proyecto: 2016_0143 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB "CHECKTHEMEDS"

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0674 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... PALOMA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OSCA GUADALAJARA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. ORTOGERIATRIA
· SOLSONA FERNANDEZ SOFIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· VILLALTA MARTIN ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VIAL ESCOLANO RAQUEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· QUILEZ SALAS NURIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La desnutrición es muy prevalente en los pacientes con fractura de cadera y se asocia a mayor incidencia de complicaciones y a estancias hospitalarias más prolongadas. El estado nutricional de los pacientes empeora durante el ingreso. La suplementación nutricional oral (SNO) reduce las complicaciones y la estancia hospitalaria.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Analizar la relación entre la fractura de cadera y la desnutrición en el anciano, así como la relación entre la SNO y la recuperación/tiempo de ingreso y los costes.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Valoración nutricional completa a todos los pacientes mayores de 69 años que ingresan por fractura de fémur en el Hospital Obispo Polanco (historial clínico, tratamiento, situación socio-demográfica, Pffeifer, Barthel, IMC, CB, CP, PCT, TR, parámetros BQ bioimpedancia, registro de infestas (mediante entrevista dietética), valoración de la disfagia, peso ideal y % de pérdida de peso, evaluación del riesgo de complicaciones tras intervención. Todo ello se realizará directamente a los enfermos, salvo en el caso de deterioro cognitivo moderado-grave que podrán intervenir los familiares en el siguiente punto: entrevista dietética. Se establecerán 3 grupos: pacientes desnutridos, casos y controles. Se intervendrá mediante SNO en los pacientes desnutridos y en los casos. Se revaluarán de forma previa al alta, al mes y a los 3 y 6 meses.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Control de peso e IMC.
Control de parámetros antropométricos: circunferencia braquial y de la pierna.
Control de parámetros bioquímicos: albúmina, colesterol.
Evolución funcional a través del índice de Barthel.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en enero de 2017, inclusión de todos los pacientes con fractura de fémur del 1/1/17 al 30/6/17 (planta de hospitalización de Traumatología del Hospital Obispo Polanco + unidad de rehabilitación funcional del Hospital San José). Seguimiento al mes (consulta de Traumatología), 3 y 6 meses del alta (telefónica y consulta de Geriatría).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FRACTURA DE FÉMUR POR FRAGILIDAD

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0804 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES FORCANO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIAL ESCOLANO RAQUEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· MARTINEZ FABRE DANIEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· GUILLEN LEREU MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· GARCIA SANZ MONTSERRAT. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). CUIDADOS PALIATIVOS
· VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· ALMAZAN CALVE MARIA JESUS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La valoración adecuada del pronóstico del paciente en fase de enfermedad avanzada, oncológica y no oncológica, es un aspecto difícil para la mayoría de los médicos. Tiende a sobreestimarse la supervivencia. La comunicación del pronóstico es habitualmente obviada en el seguimiento de pacientes en situación de final de vida, lo que conlleva inadecuación de sus expectativas y retraso en la toma de decisiones. No es infrecuente que la fase de agonía acontezca de forma súbita, sin una adecuada preparación, ni tiempo para asumir con paz los cambios y manifestar necesidades. La familia del paciente necesita conocer este proceso para poder realizar un acompañamiento adecuado. Es preciso en estos momentos, evaluar los síntomas con exactitud, revisión contínua, manejo de fármacos y el apoyo emocional y espiritual necesario. La identificación de la agonía, el tratamiento adecuado y la cercanía a pacientes y familiares, facilitaran morir con dignidad y evitarán duelos complicados.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Realizar una valoración del pronóstico en fase final de vida
2. Identificar los criterios de agonía en el enfermo terminal
3. Comunicar de forma adecuada y adaptada a cada paciente
4. Facilitar la toma de decisiones del paciente de forma precoz
5. Potenciar un acompañamiento psicosocial y espiritual, que mejore los últimos días
6. Potenciar un duelo saludable en los familiares del paciente

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Elaboración de un protocolo y actividades médicas y de enfermería, en la atención de la agonía y proceso de muerte de pacientes ingresados.
2. Seleccionar escalas pronósticas en el paciente con enfermedad avanzada oncológica (Karnofsky y PaP-D-score) y no oncológicas (NHO).
3. Conocer y aplicar la escala de Menten, para pre-agonía y agonía. Identificar signos y síntomas.
4. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Diferentes niveles. Hidratación, nutrición, fármacos, procedimientos...Permitir muerte natural.
5. Trabajo multidisciplinar, redefiniendo objetivos y planes de cuidados cada 24 horas
5. Acompañamiento al paciente, detectando recursos del mismo, afrontamientos, resolución de conflictos antes de la muerte.
6. Últimas voluntades, representación, despedidas y legado.
6. Criterios de sedación paliativa en agonía. Consentimiento y registro.
7. Atención del duelo. Explicación del proceso de muerte a la familia. Seguimiento posterior.
8. Aspectos del entorno: intimidad, horarios, higiene...
9. Cuidados postmortem

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. Nº de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos
2. Nº de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos
3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre-diciembre: formación del personal sanitario, pronóstico de enfermedad avanzada, taller de agonía, control síntomas
Enero: taller de comunicación en final de vida, capacitación en recursos
Febrero: elaboración de protocolo de atención en agonía, al paciente y la familia.
Marzo-Octubre: aplicación del protocolo y criterios
Noviembre: análisis de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Atención al final de la vida

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0804 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD AVANZADA ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_1150 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE ENFERMERIA DIRIGIDA A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON DEMENCIA. INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO E INTERVENCION

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS DIAZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· AULA VALERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· FELEZ BONO ANGELES. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La consulta de enfermería surge como el contexto ideal para implementar intervenciones capaces de proporcionar a los cuidadores informales las herramientas necesarias para cuidar. En este espacio de intervención es posible: 1) transferir al contexto del cuidador un conjunto de informaciones indispensables para prestar los cuidados de forma segura y con calidad; 2) enseñar a los cuidadores determinadas técnicas facilitadoras a la hora de prestar los cuidados (técnicas de movilización, posicionamientos, comunicación, estimulación, etc.); 3) proporcionar la práctica de determinadas técnicas para facilitar el desempeño de los cuidadores a domicilio y 4) ayudar en la gestión emocional, compartiendo vivencias, emociones, angustias y sentimientos, mediante la escucha activa, por ejemplo, y que son fundamentales para la salud mental de los cuidadores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esta consulta, nos permitirá valorar las temáticas dominantes y las alteraciones de comportamiento del paciente con demencia, y el miedo que los cuidadores tienen de ser acusados de prestar malos cuidados.
Los beneficios evidentes para la práctica que se sugiere este espacio de intervención como una forma eficaz y eficiente para facilitar al cuidador una disminución de la sobrecarga de cuidar, convirtiéndola en una experiencia recíproca de enriquecimiento y satisfacción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los materiales utilizados en esta consulta serán un cuestionario con variables sociodemográficas/clínicas, "Protocolo de valoración e intervención en la consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales de pacientes con demencia" elaborado para evaluar las necesidades de los cuidadores en términos informativos, instrumentales y de apoyo emocional, preparación de la terapéutica y soporte en las actividades de la vida cotidiana y escala de sobrecarga del cuidador principal Zarit. Este instrumento describe también aquellas intervenciones que pueden proporcionar significativos beneficios para satisfacer las necesidades de las personas y mejorar su calidad de vida. Asimismo, durante esta consulta se verificará el expediente clínico del paciente para poder caracterizar a la población en estudio en cuanto a sus variables sociodemográficas y a su salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA
% DE EDUCACIÓN DE CUIDADORES EN" CASOS CRISIS" DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA CON DEMENCIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diseño 1er. semestre.
Puesta en marcha el 4to. trimestre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRÓNICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROJAS HIJAZO BEATRIZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica 2005 la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.
El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectos de urticaria perciben una calida de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características. La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se realizará un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica con el objetivo de evaluar la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y familiares de alergia así como los resultados y la rentabilidad de los estudios realizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La ficha de recogida de datos es la siguiente y se llevará a cabo por los dos miembros del equipo:

PROTOCOLO DE URTICARIA CRONICA

Edad:

Sexo:

Antecedentes familiares: Atópicos
Urticaria- AE familiar

Lesiones : Angioedema asociado

Años de evolución

Asociación con otras urticarias físicas: presión
Calor
Colinérgica
Ejercicio
Dermografismo
Otras

Proyecto: 2016_0036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRÓNICA

Factores precipitantes: Alimentos y Aditivos
Aeroalergenos
Fármacos
Infecciones
Factores psicológicos
Factores físicos

Otras enfermedades autoinmunes asociadas
Diabetes
Enfermedades tiroideas
Artritis reumatoide

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

Estudio de Complemento: C3: C4: C1q: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax:

Rx senos paranasales:

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

Pruebas cutáneas a inhalantes:

Pruebas cutáneas a alimentos:

Pruebas cutáneas a látex:

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

Proyecto: 2016_0036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRÓNICA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estudio alergológico:
El estudio alergológico se realizará mediante pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos (Se incluyen alimentos más relevantes desde el punto de vista alergológico así como aquellos con los que el paciente sospecha alguna relación), látex y anisakis.
Los test cutáneos se realizan en la cara volar del antebrazo, además se realizan prick con suero salino como control negativo e histamina como control positivo. Definiéndose como positivo aquella pápula con diámetro igual o mayor de 3mm que el suero salino o aquella que sea mayor que la histamina.
La lectura de las pruebas se realiza a los 15 minutos

Test del suero autólogo:
El test del suero autólogo consiste en la inyección intradérmica de 50 microlitros de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.
La técnica se prepara realizando una extracción de sangre venosa en tubos estériles que se mantienen a temperatura ambiente durante 30 minutos. Posteriormente se prepara el suero mediante centrifugación a 500g durante 15 minutos.
A continuación se procede a la inyección intradérmica del mismo en la cara volar del antebrazo.
La prueba se lee a los 30, 60 minutos, 6 y 24 horas, midiendo el diámetro longitudinal y transversal. Se considera positiva cuando el diámetro producido por el habón y el eritema es mayor de 1,5 mm que el producido por el control negativo.
La sensibilidad es de 65-71% y la especificidad del 81-78% según los estudio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recogida de datos durante seis meses (enero a junio)
Análisis de los datos durante los seis meses siguientes (julio a diciembre)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0115 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANLLEHI VILA NURIA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· VALERO ADAN ADELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el 2012, el grupo de trabajo conjunto de la European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology Foundation (ACCF), American Heart Association (AHA) y la World Heart Federation (WHF) publicaron una nueva actualización del Infarto de Miocardio (IM), definiendo el IM como la “Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca (cTn)] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior (LRS) y al menos uno de los siguientes parámetros”:
-Síntomas de isquemia;
-Cambios significativos en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda nuevo;
-Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG;
-Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición;
-Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia.

Esta nueva actualización otorga un papel central a la determinación de troponina. En nuestro laboratorio, se implantaron en el 2003 los biomarcadores cardíacos. En el 2012 se formó un equipo multidisciplinar formado por facultativos de Análisis Clínicos, Medicina Interna, Urgencias, Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos, quienes elaboraron un algoritmo de petición de pruebas de laboratorio en función de la anamnesis, exploración y Electrocardiograma. El número de determinaciones de biomarcadores cardíacos ha ido aumentando, de hecho durante el 2015 se realizaron 2862 determinaciones de Troponina, 2862 de Mioglobina, 2888 de CKMB, 2888 de Lactato Deshidrogenasa (LDH) y 2888 de Creatin kinasa (CK). Con ello detectamos una demanda repetitiva en la petición de biomarcadores cardíacos para el diagnostico y seguimiento del IM, cuando pueden ser resueltos, la mayoría de los casos, con la determinación de la troponina cardiaca, en nuestro caso la isoforma I.

Nuestra propuesta es evaluar el grado de adherencia al protocolo previamente elaborado, y proponer posibles algoritmos de mejora que permitan diagnosticar y seguir a los pacientes que padecen o pueden padecer un IAM. El diagnostico definitivo lo conseguiremos a través de la información proporcionada de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), de forma que podamos evaluar la efectividad de las pruebas diagnósticas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es aumentar la efectividad en la petición e interpretación de los biomarcadores cardíacos a través de la determinación de la troponina I.

Para ello, es fundamental proponer un protocolo de trabajo que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, a la vez que evite la realización de pruebas innecesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Realizar una evaluación de la situación actual a través de un análisis de coste-efectividad, planteando dos alternativas para diagnosticar y seguir a los pacientes con IAM:

A) Práctica clínica habitual, determinando el número de determinaciones de los biomarcadores Troponina, CKMB, Mioglobina, LDH y CK realizadas.
B) Alternativa clínica, determinando la Troponina I en el seguimiento.

2.Seleccionar las posibles causas por las que se incumple el algoritmo establecido previamente.

3.Definir un nuevo algoritmo, si es necesario, que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, y fomentar el cambio en los hábitos o patrones de solicitud de las peticiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la evolución coste-efectiva, planteamos utilizar como indicador de costes, el coste de las pruebas bioquímicas, y como indicadores de efectividad el diagnóstico al alta a través de los GRD.

Se propone realizar un análisis de la situación antes de iniciar el proyecto, con objeto de valorar las alternativas en el diagnostico y seguimiento de los pacientes.

La evaluación se realizará a través del seguimiento en el tiempo de modificaciones en la petición de biomarcadores cardíacos para obtener el mismo objetivo que es identificar precozmente a los pacientes que

Proyecto: 2016_0115 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

sufren o pueden sufrir un IAM, así como un correcto seguimiento de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un año.

-Septiembre-Diciembre 2016: Análisis de la situación actual, estudio coste-efectivo.
-Enero 2016: Buscar las causas de incumplimiento del algoritmo propuesto previamente.
-Febrero-Mayo: plantear un protocolo alternativo para mejorar la efectividad de las pruebas del laboratorio.
-Junio-Septiembre 2016: Elaborar un informe en el que se evalúen los objetivos obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0877 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALERO ADAN ADELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· FERNANDEZ LANDABURU SARA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MARTIN GOMEZ MARIA LUISA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· GRACIA ARNAL MARIA GLORIA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Habitualmente nuestro laboratorio sufre incidencias con las muestras derivadas de los centros de extracción y recogida de muestras perifericas, que pueden tener numerosas consecuencias.Ejemplo de estas incidencias son: muestras
enviadas parcialmente (al enfermo se le extrae sangre pero olvida traer la muestra de orina ó recoge una muestra de orina de 24 horas cuando debiera ser de primera hora),extracciones dificultosas ó mala colaboración del paciente etc.
Todo ello deriva en perdidas de tiempo y esfuerzos vanos en la busqueda de estas muestras con la posibilidad de segundas extracciones, nuevas recogidas de muestra....

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Garantizar la seguridad y el bienestar del paciente
2. Optimizar los procesos del laboratorio, las muestras problematicas dificultan el flujo de trabajo
3. Mejorar la preanalitica de cara a los pacientes como a los medicos peticionarios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer vias de comunicación bidireccional Laboratorio - Perifericos
-Informar en centros perifericos (reuniones,visitas programadas)
-Implantación de un registro de incidencias y soluciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de :
Falta muestra de suero,orina y heces
Muestras mal identificadas
Muestras mal recogidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO DEL PROYECTO ENERO 2017
FINALIZACION DEL PROYECTO JUNIO 2017
-Contabilización retrospectiva de las incidencias (agosto-diciembre 2016)
-Toma de contacto con los centros de salud, proceso de información e implantación del registro de incidencias (Enero 2017)
-Recopilación y análisis de incidencias tras la puesta en marcha del proyecto (febrero-junio 2017).
-Exposición pública de los resultados (Jornadas Científicas Obispo Polanco)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1762 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANLLEHI VILA NURIA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· FERNANDEZ LANDAZURI SARA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· VALERO ADAN ADELA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Entre las estrategias y programas de salud del SALUD figura la “Estrategia en diabetes”, basada en un documento de 2012 del Ministerio de Sanidad, cuya transposición a la Comunidad Autónoma de Aragón, dio lugar al “Programa de atención integral. Diabetes Mellitus” elaborado en 2014. En el apartado SP-3 del mismo, titulado “Seguimiento del paciente diabético: Prevención, detección y Atención a complicaciones crónicas y descompensaciones agudas”, se incluye en el epígrafe 3.5 el procedimiento de nefropatía diabética. En él se describe el procedimiento de cribado, de detección precoz y actuación ante la nefropatía diabética, algoritmo en el cual se incluyen varias pruebas de laboratorio.
Estas pruebas, que ya se realizaban en nuestro laboratorio en muestra de orina de 24 horas, son la determinación de albúmina y determinación de creatinina en orina de micción aislada y la determinación del cociente entre ambas magnitudes. Asimismo, se pedía emitir una estimación del filtrado glomerular a partir de los valores de creatinina sérica utilizando una de las ecuaciones de estimación del filtrado glomerular existentes: (MDRD-4).
Adicionalmente, estos parámetros constituyen uno de los indicadores de calidad (o de actividad) de atención primaria.

Hasta este momento, el seguimiento de la función renal en atención primaria se viene realizando mediante pruebas en orina de 24 horas, con las cuales se determinaba la funcionalidad renal mediante el aclaramiento de creatinina y la existencia de daño mediante la presencia de proteínas en orina, mal denominada “microalbuminuria” cuantificando su eliminación en 24 horas.
Estas técnicas, consideradas de referencia, basan su fiabilidad en la correcta y completa recogida de la orina durante un periodo de 24 horas. Esta recogida puede ser dificultosa en pacientes de edad avanzada y puede ser fuente de error si no es correcta.

Las más recientes guías clínicas (KDIGO 2014) avalan sustituir las pruebas en orina de 24 horas por pruebas en orina de micción aislada y estimación del filtrado glomerular mediante fórmulas basadas en niveles de creatinina sérica, sexo, edad y raza

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se propone un proyecto para implementar el seguimiento de la función renal en paciente diabético en atención primaria, mediante la valoración del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada y la estimación de la filtración glomerular mediante MDRD-4, de acuerdo a las directrices del Programa de atención integral Diabetes Mellitus.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se han de realizar las siguientes tareas:
Adecuación del autoanalizador para la realización de las pruebas. Creación de pruebas
Adecuación del etiquetado de los tubos de muestra
Creación de las pruebas en el programa SIL del laboratorio (Modulab-gold)
Creación de las pruebas en programa OMI.
Conexión OMI-Modulab-gold
Entrenamiento del personal implicado en el proceso, desde el origen (Petición por el médico de atención primaria), hasta el final del proceso (Recepción de resultados)
Seguimiento de la implantación del programa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El seguimiento de la implantación de las nuevas pruebas se realizará cuantificando el número de pruebas pedidas por los diferentes centros de salud y comparándolas con el volumen de las pruebas a las que estas nuevas sustituyen que se realizaron en periodos similares en años anteriores.
Se hará también seguimiento de peticiones incorrectas, considerando incorrectas aquellas peticiones que soliciten la determinación simultanea de las pruebas recién creadas y de las pruebas en orina de 24 horas.

Proyecto: 2016_1762 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se plantea la realización del proceso de implantación de las nuevas pruebas durante un año.
Calendario previsto:
- Septiembre 2016: Acondicionamiento del autoanalizador para la realización de las nuevas pruebas.
- Octubre 2016: Creación de nuevas pruebas medidas y pruebas calculadas en el programa S.I.L. de laboratorio ModuLab Gold.
- Noviembre 2016. Creación de las nuevas pruebas en OMI.
- Diciembre 2016. Verificación de la conexión Modulab con OMI. Verificar que las peticiones realizadas vía OMI se registren en Modulab y que los resultados enviados por Modulab sean visibles en OMI.
- Diciembre 2016-Enero 2017. Formación del personal en Centros de Salud para la petición de nuevas pruebas: Médicos de atención primaria. Adecuada petición en OMI. Personal de Enfermería y auxiliares: correcta recogida y etiquetado de las muestras.
- Febrero 2017: Inicio de petición electrónica vía OMI de las nuevas pruebas
- Febrero 2017-junio 2017: Coexistencia de peticiones OMI con las pruebas de nueva creación con peticiones OMI solicitadas con anterioridad a febrero 2017 con pruebas en orina 24 horas.
- Febrero 2017 – Diciembre 2017. Implantación paulatina de las etiquetas preimpresas en los distintos centros de extracción periféricos.
- Febrero 2017-Diciembre 2017. Seguimiento y evaluación del proceso.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_0367 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MURCIANO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· IZQUIERDO PALOMARES ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUBIO JIMENEZ CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARAFULLA GARCIA JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· DELGADO NAVARRO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La dificultad para el manejo de la vía aérea supone la mayor causa de mortalidad atribuible a la anestesia, así como morbilidad derivada de la hipoxia que supone una dificultad o retraso en la intubación, riesgo de broncoaspiración o de lesiones pulmonares, traqueales, de orofaringe o de piezas dentarias por intentos repetidos o traumáticos.
Por ello la entidad conocida como vía aérea difícil (VAD) supone un reto en nuestro trabajo diario.
Desde la consulta de anestesia identificamos marcadores que pueden sugerir una VAD como son el Mallampati, la distancia tiromentoniana, distancia interdentaria, distancia esternomentoniana, el test de la mordida, el ángulo de extensión cervical o el estado de la piezas dentarias... pero a pesar de ello nos encontramos en ocasiones con una VAD inesperada o en el otro extremo con una VAD prevista que no resulta serlo. Por ello la mayor garantía de que no existen dificultades para la IOT resulta conocer cómo se desarrollo una intubación previa y si se precisaron dispositivos especiales como fibroscopio, laringoscopio óptico, guías de intubación o mascarillas laringeas.
Asimismo otro dato vital para nuestro trabajo diario es poder ventilar a estos pacientes lo cual condiciona que la VAD pueda convertirse en una emergencia vital, un paciente que no sea intubable ni ventilable.
Existen condicionantes que dificultan la ventilación con mascarilla facial como son el cuello grueso, la edad, el paciente edéntulo o el paciente obeso. La dificultad ventilatoria en el paciente anestesiado se cuantifica con la escala de Han. Nuestro problema a resolver consiste en que aunque nosotros reflejemos en la gráfica de anestesia dichas dificultades para próximas intervenciones si nuestro paciente se ha intervenido en otro centro no tenemos acceso a ella e igualmente si es derivado desde Teruel a un hospital de tercer nivel tampoco tendrían acceso a su historial médico. Lo mismo si se interviene de urgencias y no llega a tiempo la historia antigua.Así que si nuestros pacientes con VAD portan el documento que refleja las dificultades que existieron y con qué dispositivo fueron solucionadas supondrá menos intentos de IOT infructuosos, menos ansiedad para el anestesiólogo y si lo requiriese programar una intubación despierto con fibroscopio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que todo paciente con un antecedente de intubación dificultosa tenga un informe en su poder en el que se explique cómo se solventaron las dificultades y mediante qué dispositivo para el correcto manejo de la VAD. Asimismo aquellos pacientes con marcadores externos que predicen una intubación dificultosa y que se constata que tienen un grado I o II en la escala Cormack-Lehane (escala que describe cómo se visualiza la glotis tras una laringoscopia directa) dejen de ser etiquetados como VAD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseñamos un documento titulado "informe del paciente con via aérea difícil", en el que se recoge:
Una etiqueta identificativa y dados antropométricos como edad, talla y peso. Teniendo en cuenta que la misma persona en el transcurso de su vida condicionada por la obesidad, cirugia de cara o cuello, radioterapia o la artrosis puede pasar de no ser VAD a serlo.
Se recogen los "condicionantes de vía aérea difícil" o factores que pudieran dificultar la ventilación.
Finalmente titulado como "resolución de vía aérea dificil" se detalla el grado de dificultad para la ventilación en la escala de Han y las técnicas de intubación. Entre dichas técnicas están reflejados todos los dispositivos de manejo de VAD con los que contamos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Es difícil evaluar a posteriori las veces en las que resulta útil dicho documento. Nuestro hospital muchas veces es un sitio de tránsito de personas que veranean en esta zona y no tenemos acceso a lo ocurrido en cirugías posteriores. Les insistimos al paciente y los familiares de la necesidad de aportar dicho documento cada vez que se enfrente a una cirugía o sea interrogado por un anestesista, así como es importante confesar las alergias medicamentosas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dicho documento está sujeto a remodelación conforme puedan aparecer en el mercado nuevos dispositivos o las propias guías de actuación ante la VAD sean modificadas

9. OBSERVACIONES.
Las propias guías de manejo de la VAD difieren inicialmente entre una VAD conocida y una imprevista, ya que el algoritmo de decisión difiere desde el inicio es de suma importancia que tanto el paciente como todo

Proyecto: 2016_0367 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

profesional que le atienda conozca dicha circunstancia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1765 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO ADOLFO ARMAS TOVAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO COSIO OLGA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NINA COLQUE NAYRA LUPE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· HERRERO MIGUEL ANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CONESA MARIN VICENTE JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUBIO JIMENEZ CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Hipertermia Maligna es una de las patologías neuromusculares asociadas a alteraciones genéticas, su incidencia en nuestro medio es desconocida, pero conlleva consecuencias fatales sin un adecuado tratamiento. Por eso en la Declaración de Helsinki de 2010 sobre la seguridad del paciente en anestesiología, se estableció la necesidad de disponer de protocolos y recursos para su gestión. De acuerdo con estos estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia, y para contribuir a la mejora de la calidad asistencial, se requiere la implantación de guías para un adecuado diagnóstico y tratamiento en casos sospechosos de Hipertermia Maligna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo en nuestro medio es dotar de los recursos materiales necesarios y mejorar las capacidades y la actuación de los profesionales que deben de gestionar estos casos mediante la creación de una cultura de anticipación y de aprendizaje mediante simulaciones y trabajo en equipo, y mejorar su satisfacción. Para conseguir una Anestesia fiable y segura en la Hipertermia Maligna, es muy importante el mantenimiento de ambos objetivos en el tiempo, hecho también buscado en este proyecto. El desarrollo de éste se va a llevar en el horizonte temporal de dos años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos se implementarán los siguientes:
1. Puesta al día de los conocimientos sobre Hipertermia Maligna, confección de un protocolo de prevención y manejo. Segundo semestre de 2017.
2. Revisión de la dotación de material necesario. Establecer cauces para verificar esta dotación en el tiempo. Primer trimestre de 2018.
3. Adecuada difusión mediante sesión de formación monográfica. Segundo semestre de 2018.
4. Simulación de casos de forma periódica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A. Redacción del protocolo asistencial.
B. Número de revisiones de material mensuales realizados/12*100.
C. Número de asistentes a la formación/ total de integrantes (F.E.A Anestesiología y Enfermería de Anestesiología).
D. Número de simulaciones en el periodo de dos años.
E. Satisfacción de los sanitarios del Servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1727 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CALPE GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GATO LEON MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· LAITA MONREAL SANTIAGO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· SILVA GONZALEZ DORINDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La insuficiencia cardíaca (IC) es el paradigma de las enfermedades crónicas de nuestro tiempo y es un auténtico problema de salud pública. La prevalencia total de la IC está en aumento debido al envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de los pacientes que sufren eventos coronarios (una de las mayores causas de IC) y su aparición en edades más tempranas. La prolongación de la esperanza de vida, la mejora de las condiciones sociales, el mejor control de los factores de riesgo vascular, y la alta prevalencia de diabetes, obesidad e hipertensión arterial han conducido a la consideración en el momento actual de la IC como una auténtica epidemia.
Estudios realizados en el ámbito europeo, como el Rotterdam Study, confirman que la prevalencia de la IC aumenta con la edad desde un 0,9% entre los 55 y 64 años, a un 17% por encima de los 85 años. La tasa de incidencia es de 14,4 personas por cada 1000 habitantes y año, siendo ligeramente superior entre los varones (17 vs 12). La tasa de incidencia casi alcanza el 50% en las personas de más de 90 años. El riesgo de sufrir IC a lo largo de la vida es, según este estudio, en la población general, de alrededor de un 30% a partir de los 55 años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Proporcionar un cuidado integral al paciente con IC en cualquier estadio de la enfermedad, reduciendo su impacto personal y social, mediante la adecuación del consumo de recursos y el apoyo al entorno familiar y social del paciente.
• Reducir el número de estancias hospitalarias por IC agudizada, ajustando los criterios de ingreso y su duración.
• Reducción del número de los reingresos ocasionados por los episodios de descompensación de la IC crónica, mediante la racionalización del consumo de recursos, adecuando las necesidades clínicas reales a los dispositivos asistenciales existentes.
• Establecer un programa de atención ambulatoria eficiente y sin demora para el control de los pacientes con IC crónica estable.
• Establecer un programa de atención ambulatoria ágil, eficaz e inmediato para la atención a demanda de pacientes con IC crónica descompensada alternativo a la frecuentación de las salas de Urgencias Hospitalarias.
• Establecer un programa coordinado con los Equipos Sanitarios de Atención Domiciliaria, de atención al paciente terminal de IC.
• Desplegar un programa preventivo a largo plazo, coordinado con otras unidades de ámbito extra-intrahospitalario, dirigido a lograr un mejor control de los factores de riesgo de la IC, la educación para la salud y la prevención de eventos cardiovasculares.
• Colaborar en la formación y adiestramiento de profesionales sanitarios en el ámbito de la IC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La consulta de IC pretende dar una asistencia integral, orientada al enfermo y sus familiares, de carácter multidisciplinar, coordinado y con el mayor grado de transversalidad posible. Para lograr estos objetivos partiendo de un escalón sanitario único, se precisan las estructuras de producción adecuadas y el tiempo necesario.
La consulta de IC articulará su acción en los siguientes dispositivos coordinados:
- Unidad de Hospitalización convencional. Su función es proporcionar la atención adecuada a pacientes que requieren técnicas diagnósticas o medidas terapéuticas que no puedan realizarse ambulatoriamente. El objetivo del dispositivo es la adecuación de las estancias, reduciendo la estancia media.
- Consulta externa programada. Su función es el diagnóstico y seguimiento de los pacientes una vez estabilizados pero que todavía requieren supervisión por el médico y/o enfermera de Atención Especializada. A su vez se centrará en dos grupos de pacientes, en 2 dispositivos diferenciados:
• Consulta precoz tras el alta. Con la finalidad de comprobar la estabilidad del paciente y titular las dosis de fármacos.
• Consulta programada periódica. En aquellos pacientes de más difícil control o de mayor riesgo de complicaciones se podrá fijar un esquema de revisiones periódicas diferente y más prolongado quedando su secuencia a criterio del facultativo responsable.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes con etiología documentada

Proyecto: 2016_1727 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- % de pacientes con clase funcional y cuantificación de la función sistólica
- % de pacientes con factores de riesgo cardiovascular descritos
- % de pacientes en tratamiento con IECA /ARA –II y dosis
- % de pacientes en tratamiento con diuréticos (furosemida, eplerenona, espironolactona) y dosis
- % de pacientes en tratamiento betabloqueante y dosis
- % de pacientes con otros tratamientos (digoxina, sacubitrilo-valsartan….) y dosis
- % de pacientes que reciben educación personalizada en el manejo de tratamiento, diuréticos, signos de alarma y situaciones de estrés miocárdico, así como seguimiento y control
- % de pacientes sometidos a terapia de re-sincronización y/o desfibrilador implantado
- scores de satisfacción y cuestionarios de calidad de vida
- Reingresos
- Mortalidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO: Octubre 2017
- ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO E IMPLANTACIÓN: último trimestre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1732 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OSET GARCIA MONICA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FERNANDEZ PERA DIEGO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MORENO OLIVIERI ALBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· IRANZO GARCIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DEL VAL GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de rabajo cenrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco.
Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacietes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- nº pacientes con pie diabético complicado
2.- nº de pacientes derivados para revascularización
3.-nº pacietnes con amputación mayor o menor
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
1.- Registro y control de pacietnes atendidos por el servicio
2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
3.-Registrar (incluso fotográficametne) la evolución del paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-Formación especifica por un miembro: noviembre 2017
2.- Elaborar protocolo de atuación: noviembre-diciembre 2017
3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0095 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO Y APLICACION DE UNOS CRITERIOS UNIFICADOS DE DERIVACION ANTE UNA MASA DE PARTES BLANDAS DE POSIBLE ETIOLOGIA TUMORAL A UN CENTRO EXPERTO EN SARCOMAS (CES)

2. RESPONSABLE ..... LUIS JAVIER FLORIA ARNAL
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OSCA GUADALAJARA MARTA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TORRES CAMPOS ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RANERA GARCIA MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BARRIENTOS RUIZ IRENE. MEDICO/A. H UNIVERSITARIO LA PAZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo amplio y heterogéneo de tumores poco frecuentes, que se caracterizan por requerir un tratamiento multidisciplinario frecuentemente complejo. Aunque en los últimos años se han producido avances notables en el conocimiento de la patología y la biología molecular de esta enfermedad, el tratamiento clínico ha evolucionado de forma más discreta, de igual manera que en la práctica, los resultados no son siempre los deseados debidos a la rareza y complejidad de esta enfermedad.

Dado que representan un problema importante para el cirujano ortopédico, todos los médicos deberían de tener unos conocimiento básicos sobre estas lesiones y, desde luego, cualquier cirujano ortopédico general debería saber hacer correctamente un diagnóstico aproximado de las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Adecuado y precoz diagnóstico de toda masa de partes blandas de posible etiología tumoral
• Unificar criterios de derivación a un centro experto en sarcomas
• Disminución del número de derivaciones inadecuadas
• Mejorar la terapeútica ante una lesión de partes blandas sospechosa de malignidad
• Aumentar la supervivencia con una adecuada calidad de vida
• Establecer una buena comunicación entre profesionales cuyos objetivos sean las preferencias y necesidades individuales de cada paciente
• Aumento de la satisfacción del profesional y del paciente por el correcto estudio de su patología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Revisión de las vías clínicas disponibles en el ámbito nacional e internacional con el objetivo de adaptarlas a nuestro medio
• Elaboración de unos criterios unificados de derivación a un centro experto en sarcomas ante la aparición de una tumoración de partes blandas sospechosa de malignidad
• Elaboración y presentación de dichos criterios al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
• Creación de una base de datos con registro de pacientes remitidos a Unidad Músculo Esquelética Oncológica de referencia (H.U.M.S Zaragoza).
• Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Incidencia de masas de partes blandas susceptibles de derivación a un centro experto en sarcomas
2. Incidencia de pacientes subsidiarios de aplicación de criterios unificados de derivación a un centro experto en sarcomas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tras la aceptación del proyecto, reunión del equipo de trabajo.
Octubre 2016 : revisión de bibliografía más reciente y reunión de equipo de trabajo para configuración y planificación del proyecto
Diciembre 2016 - Mayo 2017: seguimiento del mismo
Junio 2017: evaluación de resultados y grado de cumplimiento de la mejora seleccionada.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0095 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO Y APLICACION DE UNOS CRITERIOS UNIFICADOS DE DERIVACION ANTE UNA MASA DE PARTES BLANDAS DE POSIBLE ETIOLOGIA TUMORAL A UN CENTRO EXPERTO EN SARCOMAS (CES)

Proyecto: 2016_0148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE ..... JOSE VICENTE DIAZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MUNIESA HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TORRES CAMPOS ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ORTOGERIATRIA
· PANADERO ROMERO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MURCIANO GARCIA FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· IRISARRI GAMBRA MIREN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La artroplastia total de rodilla y su postoperatorio puede ser muy doloroso, lo que limita la rehabilitación y en consecuencia aumenta de la estancia hospitalaria de estos pacientes.
Habitualmente son pacientes intervenidos bajo técnicas anestésicas a los que se asocia bloqueos nerviosos periféricos para la analgesia postoperatoria, dentro de los cuales, el bloqueo nervioso femoral es el más extendido, y pese a conseguir una calidad analgésica adecuada del compartimento anterior, también provoca debilidad de la musculatura limitando la recuperación. Similar situación es la que ocurre tras bloqueo del nervio ciático, responsable de la analgesia del compartimento posterior. Las técnicas de infiltración local de analgesia (LIA) intraoperatorias, de reciente instauración cuenta con una calidad analgésica óptima con la desventaja de la infiltración sin visión directa así como posibles complicaciones derivadas vasculares.
Estas limitaciones para una rápida deambulación son las que motivan el inicio de este proyecto de trabajo.
Está descrito en la literatura, que el bloqueo del canal de los aductores, confiere de una calidad analgésica similar a la lograda con el bloqueo femoral sin bloqueo motor que retrasa la deambulación.
Recientemente se ha descrito el bloqueo definido como IPACK (Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee) que proporciona una adecuada analgesia del compartimento posterior de la rodilla sin suponer bloqueo motor que limite tanto la recuperación, como la deambulación y consecuentemente, el alta hospitalaria.
Consideramos que la combinación de estos dos bloqueos, puede suponer una precoz recuperación con el objetivo de un alta hospitalaria más temprana

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El bloqueo Ipack asociado a canal de los aductores, permite recuperación precoz con calidad analgésica similar a las técnicas nerviosas regionales periféricas utilizadas actualmente sin bloqueo motor, favoreciendo un alta hospitalaria temprana. •Evaluar la calidad analgésica obtenida en los momentos 6-12-24-36 y 48 horas de postoperatorio.•Evaluar la recuperación y rehabilitación del paciente mediante la deambulación y otros test descritos.•Establecer el momento de alta hospitalaria tras el abordaje multidisciplinar de manejo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se iniciará este estudio que se desarrollará de forma prospectiva en grupo caso (Ipack + canal de aductores) y grupo control (Femoral + ciático), de los intervenidos de artroplastia total de rodilla (PTR) desde el 1 de abril de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016, con participación multidisciplinar de profesionales, donde se incluyen, los servicios médicos de Anestesiología, Traumatología, Geriatría, enfermería y Rehabilitación.
Como criterios de inclusión: pacientes intervenidos de PTR, índice de Barthel preoperatorio >90, IMC < 35, ASA I-III, sin alergias a los fármacos anestésicos locales tipo amida, paracetamol, AINES y pirazolonas. Se realizará análisis inferencial de las variables correspondientes.
Las variables seleccionadas además de las demográficas, índice de Barthel preoperatorio, ASA, hemoglobina, tiempo de isquemia, valoración analgésica según escala EVA, Test de Daniels, test de up and go, goniometría, complicaciones, stair climb test, y alta hospitalaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se recogerá una encuesta de satisfacción previa al alta, de evalución trimestral por parte de los profesionales. En caso de valoraciones repetidas negativas, se realizará un analisis de resultados con las modificaciones pertinentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto de Abril a diciembre 2016. Si resultados positivos. Se instaurará una nueva via clínca de manera indefinida

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Proyecto: 2016_0148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0150 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARTA OSCA GUADALAJARA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUNIESA HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FLORIA ARNAL LUIS JAVIER. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ROYO AGUSTIN MARIA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La especialidad de Cirugía ortopédica y traumatología trata las lesiones musculoesqueléticas del cuerpo desde el cuello hasta los pies. Las lesiones pueden requerir una reconstrucción ósea debido a fracturas, implante de prótesis debido a lesiones articulares o tratamiento mediante la utilización de material artroscópico para otro tipo de lesiones. Por ello, el cirujano Ortopeda y Traumatólogo emplea diariamente gran cantidad de material quirúrgico.

Además, existen en nuestro ámbito, múltiples empresas que ofrecen diferentes técnicas y materiales para los procedimientos quirúrgicos. Dentro de un mismo procedimiento, podemos encontrar diferentes tipos de materiales que se adaptan a las características de nuestros pacientes. Por ejemplo, en una prótesis de cadera, existen de tipo cementado o no cementado; vástagos y cotilos de tamaño, morfología y biomaterial diferentes; prótesis primarias o de revisión… Y todo ello con su material de implantación y técnica quirúrgica específica.

Dentro de todo este abanico de posibilidades, los cirujanos eligen el material quirúrgico que mejor se adapte a la patología que presenta el paciente, que sea sencillo y reproducible, así como coste-efectivo. Por ello, tanto el equipo de enfermería, como auxiliares como los propios cirujanos, nos encontramos con gran variedad disponible de material que debemos conocer y manejar en el momento de la cirugía.

La oferta de empresas dedicadas a la venta de productos quirúrgicos para nuestras cirugía es amplia permitiendo que exista un mercado de competencia económica así como la investigación contínua y mejora de los materiales. Esto provoca que exista multitud de componente, que si no se conocen y se organizan de manera adecuada, pueden provocar errores quirúrgicos catastróficos para los pacientes.

Proponemos un plan de mejora en nuestro Hospital en la organización y conocimiento del material quirúrgico disponible por el Servicio de Cirugía Ortopedia y Traumatología, con el objetivo de evitar errores y garantizar un procedimiento quirúrgico adecuado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera que todos los profesionales sanitarios del quirófano que vayan a estar presentes en los procedimientos puedan consultar el material quirúrgico disponible según el tipo de cirugía y la técnica quirúrgica del procedimiento elegido según la patología y el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un inventario de todo el material quirúrgico que utiliza el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica que sirva de guía tanto para el Cirujano como los profesionales sanitarios que participan diariamente en las intervenciones quirúrgicas y evitar así posibles errores y asegurar unas condiciones de seguridad.

El inventario estará disponible en los ordenadores del quirófano y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Índice de errores por confusión en el material quirúrgico.
- Satisfacción y confianza del personal sanitario a la hora de afrontar la cirugía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Iniciar el proyecto desde el momento su aprobación. Tenerlo realizado en 6 meses e ir actualizándolo según los cambios que se vayan realizando.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Proyecto: 2016_0150 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO DE TERUEL

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RANERA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. GERIATRIA
· HERNADEZ LOPEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARZO HERRERO CONCHI. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H OBISPO POLANCO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La prótesis de rodilla se ha convertido en un procedimiento común en los Servicios de Traumatología. Los objetivos de las unidades clínicas han se dirigen a incrementar la seguridad, disminuir costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida denominados “fast-track”(1) . En ocasiones nos encontramos situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de los procesos. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que mayor número de días de ingreso es igual a mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que el “fast-track” funcione, es necesario un soporte familiar y/o institucional para dar de alta a los pacientes con toda la seguridad necesaria. Además se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios posteriores. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión previa multidisciplinar (empoderamiento) contando con los Servicios de Traumatología, Rehabilitación, Geriatría y Enfermería. Esta reunión, tendría un carácter informativo, donde a través un audiovisual se explicaría la vía clínica del procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es la reducción de la estancia tras el procedimiento, que actualmente ronda los 4 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3 días tras una prótesis, siempre que no exista complicación médica. Sin embargo, en ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos del entorno familiar y logística, y es en estos casos donde la reunión sería eficaz. Además, obtendríamos escalas para la realización de estudios posteriores y se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Se espera incrementar la seguridad y satisfacción en nuestros resultados. Es sabido la asociación de ansiedad y mayor empleo de analgésicos y antihipertensivos, lo cual puede ser un campo de estudio tras la implantación de esta reunión. También se estudiarán las complicaciones, eventos de seguridad(2) e infecciones en un paciente que se encuentra mejor informado previamente a la cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La reunión informativa será quincenal o mensual. Se coordinará con el Jefe de Servicio, seleccionando a los pacientes en función de lista de espera. El lugar de reunión será el salón de actos del Hospital. Los pacientes se llamarán a través del Servicio de Admisión. Concretada la fecha, se indicará a los pacientes que acudan a la reunión con al menos un familiar que vaya a participar en el proceso. La reunión será dirigida por un traumatólogo, y asistirán un médico rehabilitador, un geriatra y una enfermera de planta. Se proyectará un audiovisual de la vía clínica. Se atenderán preguntas de pacientes explicando las posibles dudas. Se procederá a la entrega de los diferentes cuestionarios de Salud WOMAC(3), SF-36(4) de Salud, y KSS(5) que se aportarán al ingreso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará un calendario de sesiones donde se recogerán los datos de los asistentes a cada reunión. Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener su opinión. Los resultados se evaluarán cada 6 meses. A su vez se repartirá un cuestionario de satisfacción al alta hospitalaria tras la cirugía que se evaluará cada 6 meses. En este caso existirá un ítem que refleje la opinión de los pacientes en el contexto de la reunión previa. El resto de cuestionarios se recogerán al ingreso para los estudios científicos pertinentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las sesiones comenzarían a partir de los meses de Noviembre y Diciembre del 2016, realizándose una experiencia piloto de 3 meses, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

9. OBSERVACIONES.
1) Henrik Husted, Gitte Holm & Steffen Jacobsen (2008) Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: Fast-track experience in 712 patients, Acta Orthopaedica, 79:2, 168-173
2)Edmon YE, Calsbeek H et al. mproving the implementation of perioperative safety guidelines using a multifaceted intervention approach: protocol of the IMPROVE study, a stepped wedge cluster randomized trial. mplement Sci. 2015 Jan 8;10:3.
3) Roos EM, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003;1:64.

Proyecto: 2016_0151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

4) Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results Med Clin (Barc). 1995 May 27;104(20):771-6
5) Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop Relat Res. 1989 Nov;(248):13-4.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0109 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· THOMSON LLISTERRI CONCHA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· GARZA TRASOBARES EMILIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· ARIÑO PEREZ INES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· DOÑATE BORAO ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· NOVELLA PERALTA SUSANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· LANCIS MORATA MARIA JOSE. TCAE. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La endoscopia digestiva se ha convertido en una disciplina que facilita el diagnóstico de patología digestiva y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. Por este motivo, son exploraciones que día a día se van realizando en mayor número. Cada vez resulta más imprescindible gestionar y garantizar la calidad de la atención del paciente
En el año 2007 se llevó a cabo un Proyecto de Calidad en nuestra Unidad para conocer el grado de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva. Se planteó un estudio de varios aspectos y uno de los que resultó ser más problemático fueron las molestias que los pacientes percibían durante la exploración y que nos hizo plantearnos la facilitación de sedación
En la actualidad se ofrece sedación consciente en la mayor parte de las exploraciones

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar la calidad de la atención en la Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad centrándonos en la experiencia del paciente a través de la cumplimentación de un cuestionario: Endoscopy Global Rating Scale (GRS) con las modificaciones adecuadas a la situación de nuestra unidad.
Los resultados, una vez analizados, queremos también compararlos con los obtenidos en 2007

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Preparación del cuestionario Unidad de Digestivo
Realización de la entrevista a cada paciente Enfermería
Incorporación en una base de datos Unidad de Digestivo
Análisis de los datos Unidad de Digestivo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:
1.satisfacción general
a. satisfacción global
b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
2.accesibilidad y tiempos de espera
a. accesibilidad a la Unidad
b. adecuación del tiempo de espera para la cita
c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
a. amabilidad del médico endoscopista
b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista
c. amabilidad del personal de enfermería
d. percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
4.comodidad y privacidad
a. nivel de molestias de la preparación intestinal
b. nivel de molestias durante la exploración
c. preferencias en cuanto al nivel de sedación
d. satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
5.información previa y posterior al procedimiento
a. satisfacción con la información previa al procedimiento
b. satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización de la encuesta Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos Enero 2017
Realización de las encuestas Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos Mayo-Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0109 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA HERRERO LUISA. TCAE. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SANCHIS MOTILLA ROSA. TCAE. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· AGUSTIN MORENO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· MORTE PASCUAL ASCENSION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· MARTIN PEREZ MARIA DOLORES. TCAE. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CONDE PEREZ MARIA DOLORES. TCAE. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· NOVELLA PERALTA JUDIT. TCAE. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La farmacia del Hospital Obispo Polanco se basa en el uso seguro, adecuado y eficiente de los medicamentos. Es una unidad central que da apoyo a todo el hospital, por lo que conseguir un adecuado funcionamiento de la misma es primordial para conseguir a su vez una mejor atención de los pacientes.
La atención farmacéutica integral de los pacientes consiste en proporcionar información y dispensar medicamentos tanto de uso hospitalario, como medicamentos de uso compasivo, medicamentos extranjeros, Fórmulas magistrales o la atención personalizada de los pacientes con resolución de las dudas planteadas.
La detección de esta oportunidad de mejora ha venido por diferentes ámbitos: 1) El personal del Servicio ha detectado una comunicación deficiente con las Unidades de Hospitalización, 2) Demanda formación específica sobre el manejo de medicación y 3) Amplia rotación por los distintos puestos de la Unidad de Farmacia, lo que supone una no especialización y se han detectado algunos problemas en la Consulta de Pacientes externos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar los procesos organizativos que inciden en el funcionamiento de la Unidad de Farmacia y en la Consulta de Pacientes
Externos: mejora de la atención y servicio.
- Mejorar la comunicación con los Servicios del Hospital en relación a las peticiones, devolución de medicación…
- Fomentar la seguridad del Paciente a través de la formación.
- Especialización del Personal con asignación de tareas por bloques y rotaciones programadas.
- Aumentar la Satisfacción de los pacientes que acuden a la Consulta

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Definición de las actividades y funciones que se desarrollan en la Unidad con el reparto de actividades lineal a las cargas de trabajo asociadas a cada puesto. Descripción de Consulta de Pacientes Externos para mejorar la Eficacia y Eficiencia del registro, reparto y control del gasto (incluida dentro del Acuerdo de Gestión con la Unidad)
Se trabajará en los sistemas de información y comunicación del personal con las Supervisoras de Unidad para optimizar el tiempo de pedidos y peticiones.
Formación específica sobre consejos de almacenaje, diluciones, identificación, uso de medicación de alto riesgo a través de sesiones y cursos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº reuniones llevadas a cabo en el Servicio que dispongan de Acta (al menos una).
2. Elaboración de un documento que recoja las funciones del con asignación y distribución de tareas por bloques y rotaciones programadas.
3. Elaboración de un documento que describa la Consulta de medicamentos para Pacientes Externos. Material a aportar a los Usuarios.
4. Encuesta de Satisfacción a los Usuarios de la Consulta de Pacientes Externos.
Seguimiento cada cuatro meses para valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos. La encuesta de Satisfacción se plantea a final de año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero-Febrero: Reunión en el Servicio de Farmacia para trabajar en la definición de puestos. Elaboración de documento que defina la Unidad y la Consulta de Pacientes Externos.
Marzo-Abril: Creación de documentación para la Consulta y mejora de la dinámica de trabajo según la descripción de objetivos a conseguir. Se recogerán los primeros indicadores del cuatrimestre para valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.
Mayo-Junio: Acciones formativas, bien como sesión, taller o curso.
Octubre-diciembre: Evaluación del nuevo sistema de reparto de funciones. Encuesta de satisfacción a los usuarios de la Consulta y a los trabajadores y farmacéuticos sobre el funcionamiento respecto al año anterior, gestión de medicación, pedido, stock, gestión de la farmacia... Se llevarán a cabo nuevas acciones formativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

Proyecto: 2016_1051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1723 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RENAU HERNANDEZ ESMERALDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· ORELLANA GARCIA RAQUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· CATALAN EDO PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· PLUMED JUSTE MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. DAP TERUEL. DIRECCION
· GALVE ROYO AGUSTIN. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad delos motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
6.- Optimizar Recursos
7.- Adecuar expectativas de la población

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesqueletica en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
2.- Difusión a los Centros de SALUD
3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
4.- Coordinación delos Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
7

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatologia
2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016- número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo

Proyecto: 2016_1723 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

semestre 2017
5.- Implantación primer trimestre de 2018

9. OBSERVACIONES.
Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2016_1321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA: PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DM1

2. RESPONSABLE ..... ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CIPRES CASASNOVAS LUIS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La educación diabetológica es parte esencial en el tratamiento de pacientes diabéticos tanto si reciben tratamiento con insulina bolo-basal, como si lo realizan con sistema de infusión continua de insulina, recibir una educación diabetologica reglada y normalizada dentro de un programa de formación tanto individualizado como grupal supone una mejoría en la calidad de vida y en el control glucémico.
En el momento actual únicamente disponemos de guías de práctica clínica orientada a especialistas en endocrinología y a educadores en diabetes sobre el inicio teórico con el que se debe formar al pacientes en DM, pero este material no se ha adaptado de modo educativo para la formación para pacientes.
El aporte de este material dentro de un marco de educación diabetológica estructurada es fundamental para el éxito de este tipo de tratamiento y por lo tanto conseguir nuestros objetivos y minimizar costes innecesarios derivados de una incorrecta utilización del tratamiento.
Otro problema añadido de la DM1, es que se trata de una enfermedad crónica y es necesario la realización de una educación continuada tanto de repaso de conocimientos como de adquisición de nuevas aptitudes, para alcanzar estos objetivos dos alternativas con las que contamos son, la primera el aporte de material actualizado a los pacientes y por otro la realización de sesiones educaciones conjuntas, en grupos de 5-8 pacientes para la optimización de los recursos y las ventajas que supone la relación entre pacientes con la misma patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualizar conocimientos de educación diabetológica .
La terapia con pauta basal-bolo, es una opción de tratamiento en pacientes seleccionados DM1 con mal control glucémico o hipoglucemias repetitivas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
DESARROLLO DEL PROYECTO
El desarrollo del proyecto se realizará a través de la entrega de material de educación diabetológica en la consulta habitual de endocrinología y repaso de dudas en la segunda visita

CONTENIDOS DE LA SESIÓN FORMATIVA

- Repaso de conceptos generales .
- Repaso de concepto Factor de sensibilidad y ratio ración/ hidrato de carbono.
- Bolo corrector
- Situaciones especiales: Enfermedad y viajes.
- Como afrontar el ejercicio en la DM1.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se realizará en primer lugar con el control glucémico (HbA) antes de la formación, a los tres meses y al año; como indicadores utilizaremos: número de pacientes dentro de objetivos (HbA) e hipoglucemia.
Se solicitará a los pacientes un cuestionario sobre cambios producidos desde la sesión de actualización, mejoría de la adaptación al tratamiento, mayor seguridad sobre el manejo del sistema, aprendizaje de nuevos conceptos, mejoría de la calidad de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

La jornadas de actualización se realizaran entre Junio 2017 y abril de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA: PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DM1

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_0011 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER PEREZ ANA ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· HERRERO VICENT CARMEN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· GARCIA AGUDO SARA. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· AGUSTIN MORENO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· RILOVA FERNANDEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· RODILLA CALVELO FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La gestión del hospital de día oncológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes.
La terapia antineoplásica es una de las terapéuticas más complejas que existen en la actualidad, por cuanto se manejan (fármacos de estrecho índice terapéutico, esquemas complejos, distintos criterios de dosificación, etc...).
Las tecnologías de la información y comunicación (TIC´s) son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad.
La prescripción automatizada e informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.
Actualmente en el centro se carece de un sistema de prescripción electrónico y se gestionan los diferentes procesos de forma manual, por lo que todos estos factores anteriormente expuestos aconsejan implementar un sistema que proporcione argumentos de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Una mejor gestión tanto en todas sus vertientes:
a) Clínica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.
b) Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stoks).
c) Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Prescripción Informatizada y asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología atendiendo a protocolos antineoplásicos estandarizados y consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Programación eficiente los ciclos correspondientes al plan terapéutico así como las cargas de trabajo del Hospital de Día.
- Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
- Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
- Preparación Centralizada de Terapia IV, obtención de documentos que faciliten la preparación de la terapia antineoplásica por efectuar los cálculos de volúmenes a adicionar y faciliten la identificación de los preparados obtenidos.
- Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho. Adicionalmente se pueden gestionar los consumos efectuados.
- Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilite la identificación y dispensación de forma inequívoca de los preparados elaborados.
- Administración segura y que satisfaga las llamadas “Five Rights”, paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía correcta.
- Fácil acceso y manejo de datos estadísticos sobre diagnósticos y tratamientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a) Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
b) Indicador de eficiencia: Nº de tratamiento desechados/Nº tratamientos planificados.
C) Nº roturas de stock.
En todos los casos los indicadores se obtienen directamente del módulo de estadísticas de del programa informático.

Proyecto: 2016_0011 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a) Primera fase: octubre-noviembre de 2016. Cálculo del impacto presupuestario de la adquisición e implantación del programa informático. Valoración de alternativas y toma de decisión por el equipo multidisciplinar.
b) Segunda fase: diciembre-marzo de 2016. Normalización de los esquemas de quimioterapia y puesta en marcha del aplicativo en el Servicio de Oncología, Hospital de día y Servicio de Farmacia.
c) Tercera fase: abril-mayo de 2016. Inicio y validación del funcionamiento del programa. Obtención de indicadores para el seguimiento del proceso

9. OBSERVACIONES.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0033 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... SARA GARCIA AGUDO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· RODILLA CALVELO FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CABALLERO PEREZ VICTORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados.Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas.Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenirlos.Los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel internacional.Los efectos no deseados son causantes de elevada morbimortalidad y elevado impacto económico y social.La mejora de la seguridad de los pacientes es estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios.
El Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario.La innovación tecnológica y su aplicación en el entorno sanitario se está imponiendo progresivamente por su potencial para reducir errores y mejorar la eficacia y la eficiencia de los procesos relacionados con la asistencia sanitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La implantación de las prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. También se elimina el proceso de transcripción, realizándose la validación on-line de la prescripción por el farmacéutico, y permitiendo un contacto rápido con el médico responsable del paciente para la resolución de cualquier problema. Se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación. Se optimizan los tiempos y recursos empleados, ya que se elimina el tiempo de transcripción y disminuye el de dispensación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los tratamientos se prescriben de forma manual, lo que conduce a errores por ambigüedad de las prescripciones, ilegibilidad, errores de cálculo o errores de transcripción.
Dentro de las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de PEA. Es una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es la prescripción. La PEA proporciona potenciales ventajas como:
1. Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis,...)
2. Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
3. Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
4. Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
5. Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
6. Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
7. Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentado progresivamente a medida que se vaya implantando.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a) Primera fase: octubre-noviembre de 2016. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, administración, alerta de dosis máxima, alergia, duplicidad,duración del tratamiento,..
b) Segunda fase: diciembre-marzo de 2016. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos.
c) Tercera fase: abril-mayo de 2016. Inicio del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y progresivamente en el resto de servicios del hospital.

Proyecto: 2016_0033 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Seguridad

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1728 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARITAS ABRIL MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CUESTA GALLARDO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALBARRAN ARRIBAS MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La transfusión masiva forma parte del tratamiento de la hemorragia masiva. Las causas son diversas pero la mortalidad global es elevada, hasta el 50% de los casos, produciéndose la mayoría de las muertes en las primeras 24 horas. Con la finalidad de mejorar la supervivencia de los pacientes, los hospitales deberían tener un protocolo o guía de actuación ante una hemorragia masiva adaptada a las características de cada centro, el protocolo debería estar basado en la colaboración interdisciplinar de un conjunto de profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la actuación ante los casos de hemorragia masiva en el Hospital.
Mantener la perfusión hística y oxigenación con la restauración de la volemia.
Corregir o prevenir la coagulopatía mediante el uso adecuado de la hemoterapia.
Disminuir el número de secuelas secundarias a casos de hemorragia masiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende resaltar la importancia de la estandarización del procedimiento de actuación ante casos de hemorragia masiva. Para ello, se trabajará en la Comisión de Transfusiones del HOP estableciendo un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de actuación ante un caso de hemorragia masiva que incluya; los profesionales implicados, como se activa el protocolo, las medidas iniciales, monitorización de las pruebas de laboratorio, como se llevará a cabo el reemplazo hemoterápico y como se da por finalizada la actuación o se desactiva el protocolo.
Para la realización y puesta en marcha de este proyecto, se requieren reuniones continuas inicialmente entre el grupo de trabajo seleccionado para elaborar el Protocolo y posteriormente Sesiones en el Hospital y dentro de los Servicios para darle difusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Elaboración Protocolo Hemorragia Masiva en el HOP: Si/No
2- Nº Casos Hemorragia masiva que siguen procedimiento del HOP/Total de Casos de Hemorragia masiva del HOP *100: >80% casos.
3- Difusión del Protocolo de Hemorragia masiva a través de Sesiones: al menos una sesión.
4- Elaboración póster resumen para las Unidades del HOP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación grupo de trabajo dentro de la Comisión de Transfusiones: febrero 2017
Elaboración protocolo: mayo 2017
Difusión en la intranet del sector: junio 2017
Sesiones clínicas: octubre 2017
Evaluación: noviembre-diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Politraumatismos, Hemorragias gastrointestinales, urgencias cardiovasculares, urgencias obstétricas. intraoperatorias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0084 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACIÓN CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· FUERTES CATALAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Importancia y Utilidad del proyecto:

-Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen un área sanitaria muy especializada que genera multitud de datos y registros,lo que hace que sean entornos naturales para la aplicación de Sistemas de Informatización Clínica(SIC).
Los objetivos de un SIC en una UCI son:la mejora de los procesos asistenciales (optimizando los cuidados,protocolizando,disminuyendo la variabilidad clínica),y optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos.En definitiva una mejora en la seguridad y la calidad asistencial.
Situación de partida:Ausencia de un sistema de informatización clínica.
Causas:No había sido contemplado un plan de informatización de la UCI.
Fuentes de información:-Revisión de publicaciones.-Recopilación de información de los diferentes SIC disponibles en el mercado.-Visita a UCI con SIC implantados con éxito.
La técnica que se ha utilizado por el Grupo de Calidad para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming.
Los Métodos de priorización empleados han sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Instaurar en la UCI un SIC,siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.
-Desaparición del papel,de forma que la gráfica de enfermería,los informes y los datos relacionados con el paciente durante su estancia en la unidad queden guardados en formato electrónico en su Historia Clínica.-Integración con el sistema informático del hospital.
-Integración con los diferentes dispositivos.-Unificar criterios de actuación,incrementando la seguridad y la calidad.
-Sistematizar la información y elaborar Registros de las actividades realizadas.-Explotación estadística.
-Optimizar la gestión.
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaborar los Diseños de las diferentes Vistas que van a constituir la Historia Clínica que integren la información de:los registros de enfermería,médicos,los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte,y los resultados radiológicos y de laboratorio.
-Estandarizar los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.-Incorporar Protocolos médicos y de enfermería.
-Diseñar un registro de las diferentes técnicas.
-Elaboración de plantillas de Informes.-Incorporar el sistema de codificación CIE-10.
-Sistematizar los tratamientos médicos,creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre:dosificación,diluciones,interacciones e inclusión de la Guía fármaco-terapéutica del hospital.
-Incluir Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración.
-Integración de un Sistema de notificación de eventos adversos.
-Creación de un sistema de alertas en relación con:alergias e intolerancias,duración de tratamiento antibiótico,incompatibilidades farmacológicas
-Diseñar una base de explotación de datos para obtener Indicadores de Calidad y realizar un seguimiento de la actividad clínica.
-Elaborar un Plan de mejora continua.
-Planificar un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.
-Cursos de formación.
-Elaborar de un Manual de uso.
-Diseñar Indicadores y Monitorizarlos.

Responsables: Grupo médico y de enfermería de Calidad de la UCI.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Realización de Curso de formación
nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/nº total de trabajadores en UCI x 100
Fuente de datos:Hoja de registro de asistencia el curso de formación.Estándar:100%

Proyecto: 2016_0084 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACIÓN CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:
-Manejo de las Alarmas de monitorización
nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/nº de enfermos monitorizados x100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:Registro de eventos adversos.Estándar:5%
-Indicación de Aislamientos
nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos.Estándar:100%
-Valoración del estado nutricional
nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional/nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional.Estándar:100%
-Monitorización de la sedación
nº de enfermos con sedación monitorizada/nº de enfermos con sedación x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Escala de sedación.Estándar: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Fecha de inicio: Octubre 2016.
-Fecha de finalización: Octubre 2017.
-Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016.
-Puesta en marcha del proyecto: Noviembre 2016.
-Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
-Análisis final de resultados: Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... TANIA EMERITA OJUEL GROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MEDINA VIVAS RODRIGO SEBASTIAN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ MOYA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MONFORTE ZAFON ENCARNACION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MARQUES MINGUEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· TORNERO CARRIO JULIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Importancia y Utilidad del proyecto:
La fisioterapia respiratoria ha demostrado su eficacia para prevenir y reducir las complicaciones pulmonares como: la hipoventilación, la hipoxemia y las infecciones; ya que tiene como objetivo restaurar las funciones musculares y pulmonares tan rápido como sea posible.
La implantación de un Protocolo de fisioterapia respiratoria en los pacientes críticos sirve para: promover una mejoría en la función pulmonar (en los pacientes sometidos a ventilación mecánica o ventilación mecánica no invasiva, favorecer un destete precoz), evitar posibles complicaciones pulmonares (reintubaciones, infecciones, atelectasias…), reducir la estancia hospitalaria, disminuir la morbimortalidad y los costes económicos. Así pues, supone una mejora en la calidad asistencial.
Situación de partida:
Falta de estandarización de la aplicación de las medidas de fisioterapia respiratoria en nuestra UCI.
Causas:
Falta de protocolos de actuación.
Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información:
Historias clínicas.
Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.
El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de fisioterapia respiratoria, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas de Medicina Intensiva y de Respiratorio. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.
Sistematizar la información y elaborar Registros.
Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión del Protocolo.
Ayuda a profesionales de nueva incorporación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un Protocolo de actuación de fisioterapia respiratoria, que estandarice los criterios de indicación y las técnicas que se aplican.
Elaboración de unas Hojas de registro de los pacientes a los que se les aplica el Protocolo.
Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.
Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
Responsables: Equipo médico y de enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores
Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo y se les aplica/ Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100
Estándar: 100%
Hojas de registro cumplimentadas/ Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100
Estándar: 100%
Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/ Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100
Estándar: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Octubre 2017
Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016
Puesta en marcha del proyecto: Diciembre 2016

Proyecto: 2016_0690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
Análisis final de resultados: Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PEREZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· OJUEL GROS TANIA EMERITA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· GIMENEZ MORA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· ALCON BELMONTE CONSUELO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· SALVADOR PEREZ ANA. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye la emergencia de mayor riesgo vital que se puede presentar en el paciente hospitalizado.La reanimación cardiopulmonar (RCP) y el Soporte Vital (SV) constituyen una herramienta eficaz para salvar vidas si se aplican adecuadamente;siendo fundamental que haya una organización con medidas de prevención y un conjunto de actuaciones adecuadas e integradas.Existen evidencias de que es posible reducir la mortalidad y las secuelas tras una PCR si se organiza un Plan para mejorar la respuesta asistencial, acortando los tiempos y optimizando la cadena de supervivencia.Las Sociedades Científicas implicadas recomiendan establecer planes hospitalarios de atención a la PCR.
Situación de partida:En 2015 presentamos y se aprobó un Proyecto de mejora de calidad “Plan integral de prevención y atención a la PCR en el HOP de Teruel” y a lo largo de 2015-2016 llevamos a cabo las siguientes medidas:-Elaboramos un Protocolo de Prevención y Actuación ante una PCR de acuerdo con los Guías.El Protocolo está disponible en la intranet del Sector de Teruel-Clasificamos las áreas asistenciales de acuerdo con el riesgo de PCR-Unificamos los Carros de parada,estandarizando el diseño y dotación de los equipos y materiales para atender una PCR-Elaboramos un Registro de revisión del Carro de parada,que se cumplimenta por los equipos de enfermería de cada planta-Se han elaborado posters con los Algoritmos de Actuación del Plan de RCP Hospitalario y se han distribuido por las Plantas de hospitalización-Se ha elaborado y distribuido una tarjeta de bolsillo con la Escala de riesgo de PCR-Se está llevando a cabo un Plan de Formación Continuada del personal hospitalario de cada planta en la atención a la PCR con simulacros,donde se hace hincapié en el análisis constructivo de los posibles errores y su prevención-Elaboración de un Registro de formación en RCP en el Hospital-Diseño y monitorización de Indicadores

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Continuar con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas-Potenciar la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH),promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR-Optimización de la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la “cadena de supervivencia hospitalaria”-Desarrollo de actuaciones coordinadas de todos los intervinientes en la RCP que contribuyan a una atención efectiva y eficiente,estableciendo con claridad las funciones de cada uno de ellos-Estímulo de una Cultura de Seguridad-Fomento de los aspectos éticos-Evaluación periódica:control de calidad-Ayuda a profesionales de nueva incorporación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Continuar con el Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad,así como su reciclaje periódico para que se mantengan al máximo nivel-Realizar trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada-Realizar trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Grado de aceptación del Curso Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR
Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR
Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100
Estándares de calidad:50%.Fuente de datos:Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado
Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada
-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

Proyecto: 2016_1750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:Enero 2017.Fecha de finalización:Diciembre 2017
Equipo médico y enfermería de la UCI
Cursos de formación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PCR reanimables
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0947 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA DE INFECCIOSAS

2. RESPONSABLE ..... CHERPENTIER FONSECA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA SANCHEZ PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FERNANDEZ ALAMAN AMALIA INMACULADA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· CALPE GIL MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· MUÑOZ MENDOZA VANESA. MIR. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la práctica diaria los médicos tanto de atención primaria como de diferentes especialidades se encuentran con diagnósticos como son infección por el virus de inmunodeficiencia humana, infección por virus de hepatitis B o C los cuales son remitidos a consultas externas de medicina interna para realizar su debidos estudios e iniciar el tratamiento. El problema radica en el tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico hasta que es evaluado adecuadamente, realización de las pruebas necesarias para iniciar el tratamiento. Esto suelen tardar varios meses, este tiempo es valioso para el rápido control y el bienestar del paciente.

En algunos pacientes el comienzo de la terapia antirretroviral es un momento importante. Algunas personas con VIH apenas tienen tiempo de asimilar el resultado positivo de la prueba y ya deben plantearse el hecho de tratarse de por vida, pues su sistema inmunitario se halla muy debilitado.
También debemos tener en cuenta la capacidad preventiva del tratamiento antirretroviral evitaba que las parejas heterosexuales de personas con VIH adquirieran la infección.

También debemos de tener en cuenta la infección por virus de hepatitis C ya que actualmente el estándar de tratamiento para la infección crónica es el tratamiento con antivirales de acción directa en pautas libres de interferón que se tolera mucho mejor y la curación llega a ser casi del 100%. En los pacientes que presentan esta infección la evolución es lenta pero al final presenta cirrosis y múltiples complicaciones incluso la muerte por lo cual se debe realizar valoración del estado de la enfermedad y la necesidad de realizar el tratamiento antes que el paciente se encuentre en peligro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos una mejora integral de todo el proceso de la derivación de los pacientes a la consulta de infecciosas del Hospital Obispo Polanco realizando una mejora en la atención del paciente y con disminución en el tiempo trascurrido desde la sospecha diagnostica hasta la realización del tratamiento mas adecuado.
El resultado final será la elaboración de un Protocolo para la primer cita en la consulta de infecciosas aplicable a cualquier Hospital de la Comunidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Lo primero es tener conciencia del tiempo que se pierde desde que se realiza la sospecha de infección con la posterior confirmación y después la remisión a la consulta especializada pudiendo pasar varios días o semanas.
Después de confirmado el diagnostico se procede a citar al paciente como primer día en la consulta de infecciosas en donde se realiza un interrogatorio completo con un primer asesoramiento y respuesta a preguntas que afectan de forma profunda la calidad de vida de nuestros pacientes.
Posteriormente se solicita una batería de pruebas para saber exactamente la situación clínica del paciente entre los cuales se encuentran analíticas de sangre y pruebas radiológicas las cuales precisan un determinado tiempo que conlleva a una demora en el inicio del tratamiento.
Para disminuir el tiempo que transcurre desde la sospecha de infección y la realización de tratamiento eficaz se realizara un protocolo para que los médicos tengan una herramienta adecuada y el paciente asista a la consulta con las pruebas solicitadas y de esta forma disminuir los tramites y el tiempo de espera. Este Se podrá descargar directamente de la página Web de nuestro Hospital (www.opolanco.es) de esta manera todos los médicos de atención primaria y especialistas de nuestra zona podrán saber con total seguridad como remitir el paciente de la mejor forma posible.

El objetivo es poder cuantificar cuantos pacientes nuevos llegan remitidos desde otras especialidades o desde atención primaria con las pruebas indicadas en el protocolo logrando al final la elaboración de una guía-protocolo teniendo en cuenta todos los datos y posible mejoras durante el estudio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
la recolección de los pacientes como primera cita que haya sido diagnosticados de infección por el virus del VIH e infección por virus de hepatitis C en tiempo real, observando si han sido remitidos con las pruebas diagnósticas solicitabas o si ha habido una demora en el tiempo de diagnostico hasta realizar tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El estudio comenzará el 1 de noviembre del 2016, se irá recogiendo y analizando en tiempo real e incorporando los datos en una base de datos realizada en SPSS para tal fin. Al año de comenzar el escrito elaboraremos un resumen de los resultados y la realización de una guía-protocolo de remisión a la consulta de Infecciosas de

Proyecto: 2016_0947 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA DE INFECCIOSAS

Medicina interna, extrapolable a toda la Comunidad Autónoma.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0999 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS ESCUSA JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ SANTOS RAFAEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MAICAS LOPEZ MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UROLOGIA
· PANADERO ROMERO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Atendiendo a estudios realizados, podemos decir que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. Que estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representando una
carga considerable tanto para el paciente y su familia, como para la salud pública.
En los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados contraen una infección que no padecían ni estaban incubando en el momento de ingresar .Los pacientes críticos, al menos el 25% contraen infecciones nosocomiales, incluso en unidades con muchos recursos.

Concluyen diciendo que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son consecuencia involuntaria de dicha atención, ocasionando afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario,elevando la mortalidad. Sin embargo, la mayoría puede prevenirse.
Reflejan que la buena práctica de higiene de manos (HM) de los profesionales en general, es menor a 60%, a pesar de la sencillez y la efectividad de esta medida. Los profesionales desestiman las actividades de capacitación por ser consideradas una estrategia demasiado convencional.
Por otro lado, hay datos que demuestran que la higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones. Es por lo que, con este proyecto planteamos llevar a cabo labores de vigilancia y prevención partiendo de unas prácticas correctas basadas en datos científicos, deseando poder encontrar soluciones eficaces para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo en nuestro centro.

Este centro, cada año se suma al principal Reto de todos los Centros «Una atención limpia es una atención más segura». Considerando esta atención, un derecho básico de los pacientes a una atención de calidad. Pero consideramos que todavía no es una práctica totalmente afianzada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL:Que los profesionales sanitarios adquieran los conocimientos necesarios para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos incorporando este hábito entre sus actividades diarias, para disminuir las IRAS, contribuyendo a incrementar la seguridad de los pacientes. OBJETIVOS SECUNDARIOS: Evaluar el cumplimiento del proceso de HM, en el H.Obispo Polanco e identificar, los principales impedimentos que se puedan relacionar con el bajo cumplimiento de la HM.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Se trata de un estudio descriptivo, cuyo ámbito de estudio se centrara en profesionales que atienden las especialidades de Traumatología, Urología y Medicina Interna.
-La distribución de la muestra entre las categorías profesionales será porcentual.
-Se llevara a cabo una estrategia multimodal que consistirá en:
1)Cumplimentación voluntaria del cuestionario de conocimientos sobre HM.2)Observación directa en tres periodos: Febrero, Junio y Octubre de 2017.3)Formación entre el primer y segundo periodo de observación.4)Colocación de Recordatorios en el lugar de trabajo.
-Utilizando el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de las Manos para Profesionales Sanitarios, validado por la OMS.
-Análisis y discusión de los datos obtenidos en las encuestas, detectando los puntos débiles, susceptibles de mejorar.
-Enviar informe a la Dirección del Centro sobre la muestra evaluada que incluya motivos por los que no se realice una adecuada HM y propuestas de mejora sobre posibles medidas correctoras que permita mejorar el proceso observado, a fin de incidir en la seguridad del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad de solución hidroalcoholica para poder llevar a cabo la correcta HM.
Nº de habitaciones con dispensadores/ Nº total de habitaciones.
-Efectividad de la formación y los recordatorios sobre la técnica de HM
Nº de profesionales que la realiza correctamente al principio-final de periodo evaluado./Nº total de profesionales observados.
-Efectividad de la formación y los recordatorios monitorizando dos de los cinco momentos del procedimiento de HM.
Nº de veces que se realiza la correcta HM antes - después del contacto con el paciente/ Nº de veces que se

Proyecto: 2016_0999 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

entra en contacto con el paciente.
-Evaluación sobre el cuestionario de conocimientos de HM.
% de trabajadores que mejoran los conocimientos en el periodo evaluado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2017. Pasar cuestionario entre los profesionales que de forma voluntaria Nº deseen cumplimentarlo.
Febrero 2017. Realizar observación directa oculta.
Abril 2017. Analizar los datos de cuestionarios y observación.
Mayo 2017.Formacion entre los profesionales de las diferentes categorías y colocación de recordatorios.
Junio 2016.Pasar nuevamente cuestionario. Y realizar observación directa oculta.
Octubre 2017. Observación directa para valorar persistencia de buena práctica.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Mejora de la seguridad de los pacientes

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACASA SANCHEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· SANCHEZ MARTINEZ AMPARO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· VILAR BONACASA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· PEREZ PEREZ AURORA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Iniciar tratamiento con HD es una situación de estrés tanto para el paciente como para su familia. El temor ante una situación desconocida supone un impacto emocional importante. Por tanto, el primer contacto con el equipo sanitario es fundamental para reducir el nivel de ansiedad y generar una adecuada relación terapéutica que ayude al paciente y familia a asumir su nueva situación y conseguir que las sesiones transcurran para el paciente de forma segura y sin temores infundados. Este primer contacto puede marcar en gran medida, la adaptación del paciente al tratamiento dialítico y sus inconvenientes (dependencia de una máquina, punciones dolorosas, restricción dietética, etc). De ahí la importancia de empatizar con el mismo y/o familia, pues una experiencia negativa el primer día, puede condicionar un rechazo crónico al tratamiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Recibir al paciente y familiar, facilitando la integración del mismo durante su estancia en la unidad de diálisis.

- Dotar al paciente y su familia de los conocimientos que necesitan para afrontar su nueva situación y disminuir la ansiedad que pueda originar la HD.
- Informar al paciente y familia de sus derechos y deberes.
- Favorecer la adaptación del paciente a su nueva situación de salud disipando en lo posible sus miedos y temores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Entrevista con el paciente y/o la familia. la realizara la supervisora previo comienzo del tratamiento.
-Realización de triptico informativo con toda la información necesaria a cerca del tratamiento y funcionamiento de la unidad asi como pautas higiénicas y dieteticas.
Estas actividades quedaràn reflrejadas en la historia de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes nuevos a los que se les realiza entrevista y se les entrega triptico, mediremos este prcentaje atravès de un documento que firmará el paciente una vez recibida la informaciòn y entega de esta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto será de un año, de Enero a Diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. insuficiencia renal terminal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0456 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

2. RESPONSABLE ..... ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ACERO CARRERO ALMUDENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· ESPARZA HERRERO ANA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· RUIZ CRIADO JORGE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GASCON MARIÑO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GALLEGOS VILLALOBOS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
-El acceso peritoneal con funcionamiento correcto y sin problemas contribuye al éxito del programa de DP.
La principal función del catéter peritoneal es facilitar el flujo bidireccional de la solución dializante, sin requerir gran esfuerzo o causar incomodidad o dolor.
Las complicaciones relacionadas con el catéter peritoneal pueden ser: catéteres malfuncionantes, migración, mal drenaje, escape del líquido pericateter, obstrucciones por fibrina, atrapamientos, etc.
El cuidado postoperatorio y el mantenimiento del acceso peritoneal son importantes para la función del catéter a largo plazo. Para evitar la obstrucción del catéter por detritus, fibrina o coágulos sanguíneos hasta el momento de su utilización.
El diseño funcional del programa de DP debe incluir la protocolización de procedimientos y un plan de calidad.
En la unidad de Hemodiálisis del Hospital Obispo Polanco, existen enfermos que utilizan la técnica de diálisis Peritoneal, pero no existe como tal un protocolo estandarizado y conocido por todo el personal del servicio por lo cual, consideramos un proyecto importante para aumentar la calidad del servicio que prestamos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Planificar de forma individualizada, los cuidados que requiera y/o requerirá el paciente para responder a las necesidades terapéuticas y de cuidados, que puedan surgir en el tratamiento con DP.
- Ofrecer una atención integral y continuada al paciente en DP.
-Comprobar el buen funcionamiento del catéter peritoneal tras su implantación.
-Asegurar los cuidados post-quirúrgicos del catéter.
-Facilitar que la cicatrización sea lo más fisiológica, rápida y aséptica posible, tras la implantación del catéter de DP.
-Prevenir y/o reducir la colonización bacteriana durante el proceso de cicatrización.
-Evitar traumas en orificio y manguitos.
-Detectar complicaciones rápidamente y tratarlas de forma precoz.
-Comprobar la permeabilidad y funcionalidad del catéter implantado.
-Eliminar los restos hemáticos que hayan podido quedar en la cavidad peritoneal, después de la intervención.
-Prevenir obstrucciones por fibrina o coágulos sanguíneos, hasta el momento de su utilización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realizar protocolo, cuidados de enfermería tras implantación catéter peritoneal
-formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.
-registro en la historia de enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al finalizar el proyecto, contabilizar número de enfermos a los que se les ha implantado catéter peritoneal.
Porcentaje de enfermos en los que se completa los pasos definidos en el protocolo, y se refleja en la historia de enfermería.
Porcentaje de infecciones en este periodo en los enfermos en los que se han seguido pasos del protocolo
Registro de actividades formativas,

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año.
Actividades formativas para el personal de la Unidad, una al acabar de realizar el protocolo, segunda a los dos meses de iniciar el proyecto y al finalizar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_0456 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermos renales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... JORGE RUIZ CRIADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON MARIÑO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· LACASA SANCHEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· CARRERO ACERO ALMUDENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· VILAR BONACASA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde que se inicio nuestra unidad de hemodiálisis no ha existido un registro integral de los pacientes en hemodiálisis crónica ni de los datos generados en el quehacer diario tanto por parte de los médicos como de las enfermeras de la unidad. Hasta el momento todo se ha registrado en gráficas mensuales en papel (órdenes de tratamiento y gráficas de enfermería) que posteriormente se guardaban en la historia clínica de cada paciente. Esto dificulta el acceso a todos estos datos teniendo que hacer un análisis manual por parte de la supervisora de enfermería y el jefe de servicio de la actividad realizada y el consumo de nuestra unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esta aplicación informática pretende ayudar a una fácil y rápida introducción de los datos clínicos, analíticos, pautas de hemodiálisis y tratamientos con una disponibilidad posterior de estos datos de forma rápida y además permite compatibilizarlo con otros programas informáticos como paquetes estadísticos, editores de texto, bases de datos, etc. que faciliten su manejo.
Se incluirán a todos los pacientes prevalentes e incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis a partir del inicio del proyecto.
En definitiva el principal objetivo es conseguir una gestión integral de nuestra unidad de hemodiálisis mediante este programa informático y una desaparición del uso del papel a todos los niveles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se necesita en primer lugar una aplicación informática que en nuestro caso es Nefrosoft® (Visual Limes S.L).
Para su instauración se necesita un HARDWARE (Ordenador PC compatible con procesador de 1000 megahercios (MHz) o superior, con 4 Gb de RAM) y un SOFTWARE (únicamente es necesario disponer de un navegador web, preferiblemente de última generación. Mozilla Firefox, Google Chrome o Internet Explorer 10 o superior).
Se necesita realizar una integración del nefrosoft con la intranet del Hospital Obispo Polanco y con el laboratorio del hospital por parte del servicio de informática.
Es preciso realizar varios cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares sobre el manejo del programa.
Para utilizarlo se necesita aumentar el número de ordenadores tanto en la sala de médicos como en la unidad de hemodiálisis y varias tablets para facilita su uso por parte de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Incluir en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de la unidad de hemodiálisis desde el inicio del proyecto.
Rellenar todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis, tratamientos, vacunaciones, etc…) en el Nefrosoft® por parte de los médicos.
Abandonar completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis.
Realizar todos las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes mediante el Nefrosoft® por parte de los médicos.
Registro de toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería.
Generar la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante 1 mes se realizarán los cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares.
Posteriormente unos 4-5 meses para el uso simultaneo del programa informático y el papel.
A partir del 5-6 meses abandonar completamente el uso del papel y sólo utilizar el Nefrosoft® para gestionar de forma integral la unidad de hemodiálisis.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRONICA HEMODIALISIS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

2. RESPONSABLE ..... MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA
· PLAZA BAYO AMPARO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Sindrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es considerado un problema de salud pública con un elevado infradiagnóstico y que representa un factor de riesgo en el desarrollo de eventos cardiovasculares. El colapso parcial o total de la vía aérea superior (VAS) se produciría como consecuencia de un desequilibrio de fuerzas entre las que tienden a cerrarla y las que la mantienen abierta. El diagnóstico del SAHS se confirma con un índice de apneas/hipopneas (IAH) superior a 5, asociado a síntomas relacionados con la enfermedad (hipersomnia diurna, roncopatía, apneas presenciadas) y no explicados por otras causas. La Polisomnografía (PSG) se considera la prueba “Gold Estándar” para su diagnóstico. En recientes documentos de consensos avalados por la SEPAR, la Poligrafía Cardiorrespiratoria (PR) ha cobrado importancia en su diagnóstico, siendo la prueba de elección ante pacientes con probabilidad clínica media-alta. Sus ventajas radican en su simplicidad de ejecución y el impacto en el bajo coste sanitario.
Los resultados de la PR se obtienen con la medición automatizada del equipo. La revisión manual cobra importancia ante eventos no detectados automáticamente y en los falsos positivos, disminuyendo los errores en la interpretación por defecto. Estas situaciones pueden interferir con el grado de diagnóstico y a su vez con el tratamiento del SAHS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la valoración en pacientes con sospecha clínica baja-media de SAHS, a través de la corrección manual de los eventos respiratorios en el registro poligráfico.
Modificar el grado de SAHS dependiente de la valoración manual poligráfica.
Emisión de informe de Poligrafía corregida.
Realizar una correcta prescripción del CPAP y/o medidas higiénico-dietéticas del sueño.
Reducirlos gastos sanitarios derivados de la interpretación automatizada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inicialmente, se seleccionarán los pacientes susceptibles de la intervención, con un grado de probabilidad clínica media-baja, y en los que se presenten dudas en el trazado general obtenido de forma automatizada, o cuya clínica no se relacione con los resultados obtenidos. Una vez obtenida la interpretación automatizada del registro poligráfico (480 minutos de grabación), se procederá a su revisión manual por épocas de 5 minutos, para detectar los eventos respiratorios (apneas, hipopneas), y así valorar el trazado (eventos detectados incorrectos y no detectados). De igual forma, se observarán las variables oximétricas (desaturaciones) y cardiacas, así como su relación con los eventos citados. Tras la corrección, se emitirá un informe final que permitirá obtener el número real eventos y los índices a evaluar, especialmente el IAH, IDH y CT 90, así como otras variables sujetas a la interpretación del registro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Calcular la diferencia entre el IAH, IDO y CT90 obtenidos automáticamente con el corregido de forma manual.
Valorar la gravedad del SAHS tras la corrección manual.
Prescripción del CPAP de acuerdo a parámetros clínicos
Comprobar una relación coherente entre el grado de SAHS y la indicación del CPAP.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se valorarán los pacientes durante el periodo de Octubre de 2017 a Octubre de 2018, susceptibles a la intervención.
Perfeccionar en diagnóstico del SAHS mediante la corrección manual de los registros poligráficos en pacientes con probabilidad clínica baja-media, susceptibles a ser tratados con CPAP.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_1736 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE EDUCACION EN TERAPIA INHALADA (TI)

2. RESPONSABLE ..... JUAN MARIA DE PABLO CARDENAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA
· PLAZA BAYO AMPARO. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La administración de fármacos inhalados se considera la terapia de elección para enfermedades respiratorias crónicas como es el caso de la EPOC. El tratamiento farmacológico de la EPOC se emplea para reducir los síntomas, reducir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, y mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado de salud, así como los costes derivados al sistema de salud.
El correcto uso de los inhaladores es indispensable para un control óptimo. Se ha demostrado que el nivel de conocimiento en el automanejo y el uso de los inhaladores es deficiente, por lo cual es indispensable incrementar el nivel de formación de los profesionales sanitarios. Esta podría ser una solución a esta problemática.
Recientemente, se han introducido nuevos sistemas de inhalación más sencillos e intuitivos en el mercado, que permiten una administración más fácil de los fármacos y permiten obtener mejores resultados terapéuticos.
Los factores determinantes de la mala técnica de uso del inhalador en los pacientes con asma o EPOC son, entre otros, los siguientes: edad avanzada, uso de múltiples dispositivos y falta de enseñanza previa sobre la técnica de uso del inhalador.
Los principales errores en el uso del dispositivo de administración corresponden a problemas de la rapidez de inhalación, la duración de la inhalación, la coordinación, la preparación de la dosis, la maniobra de espiración previa a la inhalación y el mantenimiento de la respiración tras la inhalación de la dosis.
Con todo lo expuesto, se reseña la importancia de contar con una consulta que mejore y aporte conocimientos básicos sobre una correcta técnica de inhalación, y así disminuir el impacto en la calidad de vida de los pacientes y en el gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar el conocimiento individualizado de una correcta técnica de inhalación.
Detectar y corregir errores así como los efectos secundarios derivados de una mala técnica inhalatoria.
Evaluar los resultados de la intervención en las consultas sucesivas.
Comunicar al equipo médico especialista las dificultades y las limitaciones en el alcance de los objetivos propuestos
Alta de la consulta una vez alcanzados los objetivos de una correcta técnica de inhalación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Presentación.
- Recolección de datos personales, diagnóstico, y tratamiento inhalador (dispositivo y componente) en la ficha del paciente.
- Indagar sobre el conocimiento de la enfermedad y la importancia del automanejo de la enfermedad.
- Aplicación del test de adherencia de los inhaladores (TAI).
- Observar la técnica de inhalación del paciente y determinar los errores durante cada uno de los pasos (preparación de la dosis, maniobra de espiración previa, velocidad, duración y mantenimiento de la inhalación, finalización).
- Enseñar la técnica de inhalación correcta, ajustada al nivel del paciente y del (los) dispositivo (s) que lleva de forma habitual (explicación práctica, uso de recursos educativos: folletos, videos, imágenes explicativas, etc.).
- Recalcar la importancia del tratamiento inhalado para el control óptimo de su enfermedad.
- Incentivar al paciente a repetir la técnica de inhalación en repetidas ocasiones hasta corregir los fallos detectados previamente.
- Una vez conseguido el objetivo técnico, insistir en la importancia de un tratamiento correcto para el control de la enfermedad.
- Determinar una fecha próxima de visita a la consulta.
- Una vez alcanzados los objetivos, y haber realizado una correcta técnica, valorada en las consulta(s) sucesiva(s), se procederá al alta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Detección de errores comunes que interfieran con la efectividad de la terapia inhalada.
- Comprobación de la correcta técnica de inhalación en consultas iniciales y sucesivas.
- Valoración de la adherencia a través del TAI (test de adherencia a terapia inhalada), así como del automanejo de la enfermedad.

Proyecto: 2016_1736 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE EDUCACION EN TERAPIA INHALADA (TI)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se valorarán los pacientes durante el periodo de Octubre de 2017 a Octubre de 2018, susceptibles a la intervención

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0069 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDO QUINTANA NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasmo facial, blefaroespasmo y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.
Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.
A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.
El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Agosto 2016
Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.
Frecuencia de administración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0069 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Proyecto: 2016_0073 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARAUTA LAHOZ LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· ROIG SALGADO CRISTINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· YAGO ESCUSA MARIA DOLORES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El estudio de ecografía Doppler de troncos supraaórticos es una herramienta diagnóstica rápida, fácil de utilizar, de bajo coste, que no requiere apenas colaboración por parte del paciente y no es invasiva. Debido a estas razones se ha convertido en una prueba complementaria fundamental en el diagnóstico del ictus agudo, que permite conocer de qué tipo es y en qué lugar se encuentra la lesión vascular que ha originado cada cuadro.

Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Hasta el momento este estudio se realizaba por parte del servicio de Radiodiagnóstico. Debido a la carga asistencial de este servicio, la demora de realización de la prueba era muy prolongada, fundamentalmente el pacientes ambulatorios, pero también en pacientes ingresados, lo que en ocasiones producía un aumento de la estancia media. En hospitales de primer nivel y algunos de segundo nivel este estudio es realizado por parte de los Neurólogos, estando demostrado que los resultados son fiables y con buena correlación con otros estudios invasivos como la angio-RM o el angio-TC de troncos supraaórticos. Se propone por tanto transferir la realización de esta prueba del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología para los pacientes a cargo de este último servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este plan de mejora es la reducción de la demora para la realización de las ecografías de troncos supraáorticos, favoreciendo así la accesibilidad al estudio. Además se espera la repercusión en la estancia media de los ingresos por ACV pero sobre todo en el manejo del AIT. Estos últimos pacientes debían ingresar en planta para completar estudio, prolongándose su estancia en muchas ocasiones por encima de las 48 horas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se utilizará el aparato de ecografía ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico. Dado que la programación asistencial es completa en horario de mañanas, se establecerá una consulta específica de Neurología para la realización de los estudios en horario de tarde, desplazando la jornada laboral.

- Los estudios que se realizarán serán los solicitados por el propio Servicio de Neurología.

- Para los pacientes que se encuentren ingresados en planta, se utilizarán los espacios habituales de las agendas correspondientes del Servicio de Radiodiagnóstico, excepto en los casos en los que esto suponga una demora en la estancia del paciente. En estas situaciones se contactará directamente con la sala de ecografía para realizar la prueba en espacios fuera de agenda, en el plazo, cuando sea posible, de menos de 24 horas.

- El mismo procedimiento se seguirá en los AIT con riesgo bajo o moderado según la escala ABCD2 que no requieren ingreso para otros estudios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Demora media de las ecografías de troncos supraaórticas de carácter ambulatorio inferior a dos meses.

- Reducción de la estancia media de los AIT. Estancia media inferior a 48 horas.

- Porcentaje de ecografías de troncos supraaórticos realizadas en pacientes ingresados en menos de 48 horas. 75%

- Porcentaje de ecografías realizadas por neurólogos de las que se solicitan por el servicio de Neurología. 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio de realización de la técnica por parte del Servicio de Neurología: Julio de 2016

- Implantación del sistema de forma plena: a partir de Octubre de 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

Proyecto: 2016_0073 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0762 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEIRO HINOJOSA FRANCISCA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO. TCAE. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FABRE CASTELLANO ANA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La prevalencia de la gestación gemelar espontánea es aproximadamente del 1-2%. En las últimas décadas, en los países desarrollados, ha aumentado a un 3-4% debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida.
Presenta un riesgo de complicaciones maternas y fetales superior al de la gestación única y esto determinará el manejo antenatal e intraparto. La corionicidad es el principal factor que determina el pronóstico de la gestación.
El número de partos gemelares en nuestro Servicio se aproxima a los 15 al año.En este momento no se registran las gestaciones diagnosticadas en nuestra unidad, pero cuyo parto se realiza en otro hospital, bien por derivación a nuestro centro de referencia por la aparición de complicaciones o bien por deseo materno.
Por ello, creo que es un número suficiente para dedicarle la atención médica pertinente, pero escaso para que en nuestra unidad no aparezcan diferencias de criterios, al no estar unificados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto de calidad se orienta a la protocolización y unificación de criterios en el manejo de las gestaciones gemelares, para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potencialmente diagnosticables por ecografía, como son el síndrome de trasfusión feto-fetal, la secuencia anemia-policitemia y el CIR selectivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación Gemelar dependiente de la Unidad de Ecografía, consensuado con el Servicio y elaborado por los médicos que realizamos este proyecto (Teresa Bernal como coordinadora, y Vicente Spinoso, Isabel Domingo y Pilar Parrilla)
2. Aplicación e implementación del protocolo. Recogida de datos prenatales por parte de la enfermera de la consulta de tocología (Francisca Peiró), de la auxiiar de la consulta de ecografía (Rosario Fuertes) y de los postnatales por parte de la matrona (Ana Fabre)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los marcadores, debido al reducido número de gestaciones, serán difíciles de expresar en porcentajes. Como indicadores se recogerá:
1. Porcentaje de casos que se ajustan al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Aparición de complicaciones potencialmente diagnosticables:
a. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
b. Casos de CIR selectivo y porcentaje de detección.
c. Casos de secuencia TAPS o STFF y porcentaje de detección.
d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo entre octubre y diciembre de 2016
Apilcación,recogida de datos e implementación durante el año 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0792 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

2. RESPONSABLE ..... MARTA GARCES VALENZUELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLECHA MORALES MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAGUIA HERMIDA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LORENTE SAMPER LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha convertido en una práctica común que los pacientes sean dados de alta poco tiempo después de una estancia aguda en el hospital y que se les indique que ellos mismos deben hacerse cargo de diversos aspectos de su propia atención en su domicilio.
Esto ha incrementado la necesidad de dar a los pacientes o a sus acompañantes, la información detallada que los habilite para poder realizar efectivamente en el domicilio, la atención requerida.

Se ha sugerido que darles información escrita sobre el cuidado de la salud puede ayudarlos a cuidarse a sí mismos.

La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información estandarizada a los pacientes y sus acompañantes, lo que al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar la información
Mejorar el conocimiento y satisfacción de los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualizar las hojas de recomendaciones ya existentes
Diseñar nuevas hojas de recomendaciones para las diferentes cirugías ginecológicas y recomendaciones sobre reproducción y embarazo.
Facilitar el acceso a esta hojas a todo el personal del servicio (médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería) colgándola de forma organizada en la intranet clínica del hospital
Automatizar la entrega de estas hojas de recomendaciones en el momento del alta a domicilio, de manera que dispongan de ellas desde el primer momento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de hojas de recomendación entregadas al alta
- Numero de hojas de recomendaciones elaboradas
- Disponibilidad de las hojas de recomendaciones en la intranet clínica del hospital

Al alta de la paciente se reflejara en la historia clínica de forma escrita que se entrega la hoja de recomendaciones de forma que se pueda comprobar de forma retrospectiva el porcentaje de pacientes que se va a su domicilio con hoja de recomendaciones.

A los seis meses de la puesta en marcha de este proyecto, se evaluara el número de hojas de recomendaciones que están disponibles en la intranet del hospital y se evaluaran las altas de 2 meses para estimar el número de pacientes a las que se les ha entregado la hoja de recomendaciones al alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciara la elaboración de las hojas de recomendaciónes a finales de 2016 con una previsión de 2 meses para la elaboración de todas, y de 6 meses para evaluar su disposición en la intranet y el porcentaje de hojas entregadas al alta.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0792 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0967 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DE CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

2. RESPONSABLE ..... MARTA COLECHA MORALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEIRO HINOJOSA FRANCISCA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO. TCAE. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VICENTE PEREZ CARMEN MARIA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCES VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los fetos CIR, es decir, aquellos fetos pequeños debidos a una insuficiencia placentaria, representan un 20-30% del total de fetos y por tanto se debe prestar especial atención en el seguimiento de estas gestaciones puesto que es causa de resultado perinatal adverso.
Esta complicación gestacional condiciona un aumento de riesgo de pérdida de bienestar fetal intrauterino y acidosis metabólica, dos situaciones asociadas con un ulterior desarrollo de encefalopatía hipóxica, parálisis cerebral y desarrollo psicomotor anómalo. Además es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal, incrementándose el riesgo de aparición de enterocolitis necrotizante o síndrome de distrés respiratorio.
Dada la elevada incidencia de fetos CIR y la posibilidad de ofrecer un adecuado diagnóstico y seguimiento ecográfico, queda suficientemente justificada la elaboración de este protocolo, para así ofrecer una mejor atención a las gestantes del área de Teruel y prevenir la aparición de complicaciones perinatales sin llegar a causar yatrogenia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto de calidad es la elaboración de un protocolo de diagnóstico y manejo de las gestaciones CIR. Se pretende unificar criterios para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potenciales, así como establecer el momento recomendado de finalización de la gestación según los diferentes indicadores ecográficos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación complicada con Restricción Crecimiento Fetal dependiente de la Unidad de Ecografía.
2. Aplicación e implementación del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Como indicadores se recogerá:
1. Porcentaje de casos que se ajustan adecuadamente al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Valoración del éxito del Protocolo:
a. Casos correctamente diagnosticados comparando peso fetal estimado vs peso neonatal real
b. Casos mal diagnosticados
c. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo oct-dic 2016
Aplicación e implementación: año 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PASTOR ESPUIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARZARAN TEIJEIRO ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· NAVARRO CASADO MARIA NIEVES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· GRACIA SANCHEZ PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· ALIAS ALEGRE EVA GLORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las uveítis son un proceso inflamatorio que afecta a la úvea (iris, cuerpo ciliar o coroides). Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Debido a los diferentes mecanismos implicados en su patogénesis y las variables respuestas de los diferentes tejidos a los mismos, existen un gran número de procesos distintos englobados bajo el término uveítis. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario y se ha comprobado su asociación con enfermedades generales autoinmunitarias/autoinflamatorias.. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida y con estudios sistémicos negativos. Actualmente las uveítis son remitidas mediante interconsulta al internista y/o reumatólogo para valoración sistémica o para iniciar tratamiento inmunosupresor sistémico. La comunicación es bastante escasa y difícil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear una unidad de Uveitis formada por 1 oftalmólogo, 1 internista y 1 reumatólogo. Las uveítis, como enfermedades oculares que son, han de tener en el oftalmólogo el primer receptor del paciente y el que establezca las guías participativas del resto de integrantes del equipo multidisciplinar, cuya contribución será más decisiva en los casos donde se sospeche una afección sistémica. En las uveítis no infecciosas que precisan de un tratamiento sistémico inmunosupresor será el internista el encargado de prescribir el tipo, dosis y pauta inmunosupresora. Por otra parte el oftalmólogo, mediante exploración del paciente, determinará la eficacia o no del tratamiento instaurado. El internista solicitará los exámenes periódicos necesarios para eliminar y limitar los efectos adversos de la terapia elegida. El internista también será el encargado de instaurar el tratamiento infeccioso, si fuera el caso. El especialista no-oftalmólogo deberá reevaluar periódicamente a los pacientes caracterizados como idiopáticos en busca de un diagnóstico etiológico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se creará una agenda conjunta cada 15 días donde se citarán los pacientes diagnosticados de uveítis. Los pacientes se revisarán por el oftalmólogo y junto con el internista y/o reumatólogo se valorará la necesidad de nuevo tratamiento, ajuste de dosis, etc…. Las visitas se realizarán en el consulta de retina donde el oftalmólogo tiene todo el equipo técnico para realizar las exploraciones y será el internista y/o reumatólogo quien se desplazará hasta esta consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar al menos 2 reuniones con el oftalmólogo responsable de la unidad de uveítis y con el internista y/o reumatólogo.
Poner en marcha las citaciones de los pacientes.
La organización logística de la asistencia a los enfermos con uveítis debe tener como núcleo básico la estrecha relación entre el oftalmólogo y el internista/reumatólogo. La atención médica de forma conjunta puede alcanzar notables cotas de eficiencia: se da la deseable complementariedad en el procedimiento del diagnóstico -y a veces terapéutico-, el enriquecimiento científico mutuo es de gran valor y la gestión de los recursos económicos parece muy adecuada. Del equipo multidisciplinar se van a desprender actividades no sólo asistenciales y de investigación, sino también académicas y docentes, en las que participarán todos los componentes del grupo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diciembre-Enero-Febrero 2017: Realizar las reuniones necesarias con los responsables para definir los días de consulta, los horarios, etc.
Marzo-Abril: Iniciar la citación de pacientes
Abril-Mayo: iniciar las consultas en la unidad multidisciplinar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0665 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PASTOR ESPUIG MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· NAVARRO CASADO MARIA NIEVES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· DIAZ GIRALDO FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La obstrucción venosa de la retina supone la segunda causa más frecuente de pérdida de visión por problemas vasculares de la retina. Múltiples estudios poblacionales demuestran que por encima de los 30 años de edad, la prevalencia estandarizada por edad y género es de 0.52%.
En la actualidad se encuentran diferentes alternativas terapéuticas cuyos objetivos son actuar sobre las complicaciones oftalmológicas que provocan disminución de la agudeza visual; ayudando a mejorar el pronóstico y las expectativas del paciente y del oftalmólogo.
Múltiples ensayos clínicos demuestran la necesidad de instaurar la opción terapéutica elegida lo más precoz posible para mejorar el resultado final.
Por falta de organización o coordinación entre el servicio de urgencias o médico de familia con el servicio de oftalmología, retraso en la llegada del paciente a la consulta de retina, falta de organización en la consulta, falta de disponibilidad de espacio y tiempo quirúrgico, …, se observa un retraso en la llegada del paciente al servicio de oftalmología y un retraso en el tratamiento del mismo.
Se necesita una mejora en la canalización de los pacientes a la consulta de retina, intentar lograr la aplicación de un protocolo que permita agilizar la elección terapéutica más adecuada para cada caso y conseguir llevarlo a cabo con la mayor seguridad y calidad en el menor tiempo posible.
La Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo pretende mejorar el manejo del paciente con oclusión venosa de la retina.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aplicación de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se pretende acelerar la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología, simplificar en lo posible el estudio diagnóstico, clasificar y detectar posibles complicaciones e instaurar el tratamiento correcto de las mismas en la menor brevedad posible. Con ello mejorar la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnostico de oclusión venosa en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,…
-Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.
- Estudio protocolarizado en función de la edad de posibles factores de riesgo sistémicos. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna,… Alcanzar un manejo multidisciplinar.
-Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.
-Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible. Por ejemplo, conseguir una sala blanca para la administración de tratamientos intravítreos (Ozurdex, Lucentis) evitando dilataciones en el mismo por falta de disponibilidad de quirófano para iniciarlo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nivel de satisfacción de los profesionales.
-Nivel de satisfacción de los pacientes.
- Tiempo entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización.
-Compresión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento. Fallos en el mismo.
- Agilidad en la consulta y el servicio de citaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio-Octubre 2016: Protocolarizar la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias.
Describir diseñando un plano de manejo del paciente en función del tipo de oclusión venosa (central o de rama, isquémica o no isquémica) y de la posible existencia de complicaciones (edema macular).
Octubre 2016-Julio 2017: Puesta en marcha de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0665 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRERO VICENT CARMEN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· RILOVA FERNANDEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· GODED GARCIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actividad desarrollada en Consultas Externas de Oncología y Hospital de día se incrementa de forma progresiva cada año. Cada vez se consumen más recursos y se atienden a casos más complejos de forma ambulatoria.
En un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas externas cobran una relevancia cada vez mayor. Necesitamos mejorar el funcionamiento de las consultas externas.
En los pacientes oncológicos es fundamental que no haya retrasos en el inicio del tratamiento, por lo que no es tolerable la demora en la asistencia. Por otra parte, también son importantes los tiempos de espera entre unos tratamientos oncológicos y otros. Por ello, es muy importante valorar individualmente las necesidades de atención de cada paciente. Esta valoración tiene que ser desde el punto de vista clínico.
Pensamos que el sistema de citaciones actual que cita a los pacientes según criterios administrativos es claramente mejorable.
Para adecuar la fecha de la primera visita a oncología médica hay que tener cuenta diferentes factores clínicos.:
-diagnóstico y estadiaje del tumor
-que existan opciones de tratamiento activo
-presencia de síntomas
-fecha de intervención quirúrgica y/o alta de hospitalización.

Por las características poblacionales de nuestro sector sanitario (población añosa y núcleos de población dispersa) pensamos que también es importante tener en cuenta
-edad y situación funcional del paciente
-distancia al centro hospitalario.

Desde nuestras consultas hemos empezado a autogestionar las citaciones. Tras un diagnóstico oncológico, el especialista nos deriva al paciente. El oncólogo médico realiza una revisión de la historia clínica electrónica y datos demográficos del paciente y propone la fecha óptima de visita para ese paciente. Posteriormente la auxiliar de enfermería de la consulta lo cita en la agenda.

Para las sucesivas visitas, al finalizar la consulta el paciente es citado directamente según la indicación médica. Esto evita esperas en la rampa de citaciones y otras molestias al paciente. Si se solicitan pruebas complementarias, es el equipo de enfermería el que colabora en las citaciones para que no haya demora en las pruebas.

Pensamos que de esta forma facilitamos un rápido y más eficiente acceso a nuestras consultas y tratamientos, disminuyendo las listas de espera y evitando duplicidades en la consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la gestión de las agendas de oncología médica:
-Evitar lista de espera en las primeras visitas de oncología médica.
-Adecuar las citaciones a las necesidades clínicas individuales de los pacientes
-Evitar esperas y otras molestias para los pacientes en la rampa de citaciones.
-Fomentamos la comunicación con atención primaria, ya que aconsejamos nos contacten telefónicamente para valoración de la historia clínica del paciente previa citación.
-Evitar duplicidad de citas
-Disminuir el indice primeras/sucesivas.
-Mejorar la canalización de los pacientes a otras Unidades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º Tras cada reunión de los comités de tumores, los pacientes que se hayan planteado remitir a las consultas de oncología médica, se les citará en la fecha óptima que precisen, sin necesidad de que el paciente u otro especialista lo derive por escrito.

2º Se promoverá en los centros de Salud la conveniencia de contactar con nuestro Servicio antes de realizar una citación.

3º Se hará constar por escrito en la solicitud de las pruebas complementarias la fecha de la próxima visita a Oncología para facilitar a su vez, la realización de dichas pruebas en un plazo adecuado.

Proyecto: 2016_0009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a) lista de espera en consultas externas de Oncología Médica
b) encuesta de satisfacción de los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Octubre/16 el oncólogo responsable de cada comité de tumores se encargará de la citación de primera visita.

Desde enero/2017 hasta mayo/2017 se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que acudan a revisión.

En junio/2017 se realizará la evaluación de la encuesta. Si en esta encuesta se supera el 70% de pacientes satisfechos con este método, se continuará con el sistema de autogestión de las citas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1731 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LAHOZ ZAMARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HEREDIA LOPEZ GIOVANNY-PATRICIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SANCHEZ VALENZUELA OSCAR-ALEJANDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La insuficiencia respiratoria nasal es un problema muy frecuente en salud pública que limita la calidad de vida de muchos pacientes, esta puede ser debida a problemas obstructivos de tipo mecánico o funcional, tales como el tabique desviado, pólipos nasales o la hipertrofia de cornetes inferiores.
La hipertrofia de cornetes inferiores es una de las causas más comunes, para la cual el tratamiento inicial es la administración de corticoides tópicos y antihistaminicos, con mejoría sintomática en muchos pacientes; sin embargo existe un grupo de pacientes que no responden al tratamiento médico y que requieren un manejo quirúrgico.
Dentro de las técnicas quirúrgicas existen: la radiofrecuencia de cornetes inferiores bajo anestesia local o con sedación/ a. general, turbinectomía parcial o submucosa endoscópica, neurectomía del nervio vidiano.
El coste-beneficio que ha demostrado la radiofrecuencia a corto-mediano plazo es hoy en día una de las técnicas más utilizada, por la facilidad y rapidez con el que se realiza el procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El presente estudio considera la utilidad de realizar una prueba subjetiva para medir y comparar los resultados pre y postquirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía de radiofrecuencia por hipertrofia de cornetes refractario al tratamiento médico de elección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se aplicara un cuestionario que mide la calidad de vida asociada a la insuficiencia respiratoria nasal (NOSE) en todos la pacientes que sean incluidos en lista de espera para radiofrecuencia de cornetes inferiores; y se repetirá el cuestionario después del procedimiento. Y se comparará los resultados en el tratamiento propuesto a corto y mediano plazo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se obtendrá una base de datos de cada uno de los pacientes para estudios posteriores en los que se espera medir la respuesta terapeútica con una prueba objetiva como es una rinomanometria antes y después de la cirugía, para comprobar de manera objetiva la mejoría de la patología.
1.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría en la escala NOSE
2.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría >50% en escala NOSE
3.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con mejoría en escala NOSE
4.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con una mejoría > 50% en escala NOSE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Octubre de 2017 a octubre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0246 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO PEDIATRICO EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA CABALLERO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· ESTEBAN FUERTES FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· OJUEL GROS TANIA EMERITA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UCI
· COLAS OROS CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· PEREZ VILLANUEVA MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GRACIA TORRALBA LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· HERNANDEZ GARCIA LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El traumatismo craneoencefálico(TCE) en la edad pediátrica (0-14años) representa un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. En el año 2014 se atendieron en el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco un total de 161 niños con el diagnóstico de TCE, mientras que en el 2015 ascendió a 188. Se realizó rx craneal anteroposterior y lateral en un 39,8% y un 54,7% respectivamente. Esta técnica queda desaconsejada por la Sociedad de Urgencias Pediátricas debido a su baja sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de fracturas, así como la exposición a radiación innecesaria desde el año 2014.
Es necesario el uso de escalas clínicas adecuadas, que integren los antecedentes personales del niño, el mecanismo de producción del traumatismo, el estado clínico posterior y la evaluación neurológica una vez llegan a urgencias, para clasificar a los pacientes en riesgo alto de LIC, a los que se realizará TC craneal y observación durante al menos 12 horas, riesgo intermedio a los se observará durante 12 horas y en función de la evolución se realizará TC craneal y riesgo leve, a los que se podrá dar de alta con normas de recomendación.
La provincia de Teruel, con sus respectivos Hospitales (Obispo Polanco y Comarcal de Alcañiz) cuentan con una gran dispersión geográfica, de forma que es frecuente que los pacientes vivan alejados del Hospital, factor que también deberá tenerse en cuenta a la hora de clasificar a los pacientes en grupos de riesgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Obtener una escala clínica adecuada que permita clasificar a los pacientes en riesgo alto, medio y bajo de LIC y complicaciones graves.

Establecer la necesidad de TC craneal basada en una adecuada clasificación de los pacientes en niveles de riesgo.

Determinar el destino final de un paciente con un TCE.

Reducir el uso de la rx de cráneo solo para los casos indicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión del último año de todos los TCE sufridos por pacientes de los 0 a los 14 años en el Hospital General Obispo Polanco y Hospital Comarcal de Alcañiz.
Determinar qué factores se asociaron a tener una lesión intracraneal en nuestro medio: edad, mecanismo de producción, localización del traumatismo, clínica posterior…
Redactar una guía clínica y algoritmo de actuación (consensuada por todos los miembros del equipo) para la asistencia al TCE en base a la bibliografía actual y a los datos recogidos en nuestro medio que permita clasificar a los pacientes que han sufrido un TCE en bajo riesgo, medio y alto de tener una LIC. Tener en cuenta características especiales de nuestro entorno como la distancia del domicilio al Hospital, las horas nocturnas o la climatología en la decisión de alta hospitalaria o ingreso para observación.
Realizar TC craneal e ingreso para observación o derivación a UCI Pediátrica (en función del resultado de la TC y exploración neurológica) en todos los pacientes de riesgo alto.
Ingresar a todos los pacientes con riesgo intermedio al menos 12 horas para valorar la realización de TC craneal en función de la evolución.
Dar de alta a los pacientes que sean clasificados como riesgo bajo con hoja de recomendaciones a la familia.
Redactar la hoja de recomendaciones para los niños que se dan de alta.
Presentar en sesión en Urgencias en ambos hospitales las nuevas pautas y dejar visible el algoritmo en los box de asistencia.
Revisar a los 2 meses de la presentación las historias clínicas de los niños atendidos por TCE en Urgencias para valorar los indicadores de calidad.
En caso de que no se cumplan volver a exponer mediante sesión en los servicios de Urgencias la nueva pauta de actuación con la finalidad de disminuir la radiación innecesaria a los niños, unificar criterios en la atención al TCE y mejorar la calidad asistencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Total rx cráneo realizadas/ Total rx cráneo no indicadas <10%

Total TC craneal realizados/Total pacientes de riesgo alto de LIC >90%

Proyecto: 2016_0246 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO PEDIATRICO EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE TERUEL

Total pacientes ingresados/Total pacientes en riesgo intermedio de LIC >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión de las historias clínicas de pacientes asistidos en Urgencias de ambos hospitales durante el periodo septiembre 2015 a septiembre de 2016.
Analizar los datos y revisión de la bibliografía actual en el mes siguiente a la aprobación del proyecto de calidad en caso de que ésta se lleve a cabo.
Reunión de los miembros del equipo para redactar la guía y algoritmo de actuación y consensuarlo con los responsables de los Servicios de Urgencias el segundo mes tras la aprobación del proyecto. Presentación de la misma en sesión al personal que trabaja en Urgencias y asiste TCE pediátrico.
Tras ello, revisar a los dos meses los indicadores de calidad en los informes de pch, redactar la memoria y repetir la sesión si no se alcanzan los objetivos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· GRACIA TORRALBA LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· ALIJARDE LORENTE ROBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN CALAMA VALERO JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El diagnóstico precoz de sepsis neonatal es un reto permanente de la pediatría. A la gran variabilidad y mínima especificidad de la sintomatología clínica se le añade la carencia de pruebas diagnósticas óptimas que puedan influir en la decisión de iniciar o no tratamiento antibiótico ante una sospecha de infección.

Ante la dificultad del diagnóstico temprano y la gravedad que supone una sepsis neonatal, es habitual la instauración empírica de antibioterapia, que conduce a menudo a tratamiento de neonatos sin infección, lo que alarga la estancia hospitalaria, incrementa el consumo de recursos y favorece las resistencias microbianas.

Como consecuencia del uso de antibióticos intraparto, la incidencia de sepsis por estreptococos del grupo B (EGB) ha disminuido. La colonización materna intraparto por EGB es el principal factor de riesgo, pero existe una serie de factores obstétricos que lo aumentan: prematuridad (< 37 semanas), rotura prolongada de membranas = 18 horas, fiebre intraparto, corioamnionitis, bacteriuria por EGB durante el embarazo o hijo previo infectado por EGB. Sin embargo en más de la mitad del las infecciones neonatales por EGB no hay factores de riesgo.

En el servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco se realiza extracción analítica para PCR en aproximadamente un 20% de los recién nacidos ingresados en el servicio de maternidad. Los resultados obtenidos de PCR se encuentran dentro de la normalidad en aproximadamente la mitad de las ocasiones, por lo que no se lleva a cabo ninguna prueba diagnóstica adicional ni medida terapéutica. Aproximadamente en un 6% de los recién nacidos existe una elevación de PCR importante o sintomatología asociada que supone el inicio inmediato de antibioterapia intravenosa ante la posibilidad de de que se trate de una sepsis. En el resto de los casos, la PCR se encuentra en límites de la normalidad, por lo que se realizan extracciones de PCR seriadas para comprobar la evolución de la misma, descendiendo la misma en aproximadamente un 40%.

Se pretende llevar a cabo un proyecto de calidad con el objetivo de adecuar nuestra practica clínica a las nuevas recomendaciones de actuación en caso de recién nacidos con factores de riesgo del infección perinatal e intentar reducir, si es posible, teniendo en cuenta nuestra experiencia junto con la bibliografía, el numero de extracciones analíticas realizadas en nuestro medio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es realizar un estudio observacional de recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal, mediante recogida de datos clínicos y analíticos en un periodo de tiempo determinado.

Se incluyen variables como edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno.

Se pretende que los resultados obtenidos sirvan para elaborar un protocolo de actuación individualizado para mejorar la práctica clínica y adecuar el número de analíticas en recién nacidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un registro de recién nacidos del Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo, incluyendo las variables descritas. Se recogerá también el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico final.

Los responsables de realizar el registro explicado previamente serán los miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco designados para ello.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registrar de forma continuada los datos de los recién nacidos a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal. Dejar reflejados con precisión los factores de riesgo de infección perinatal: Colonización materna por EGB, corioamnionitis, fiebre materna intraparto mayor o igual a 38ºC, rotura

Proyecto: 2016_0531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

prolongada de membranas = 18 horas, prematuridad (<37 semanas), bacteriuria por EGB durante el embarazo, hijo previo con sepsis por EGB; y el uso de antibióticos intraparto. Registrar de forma adecuada la sintomatología y las constantes vitales de dichos recién nacidos.

Una vez elaborado el protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el servicio de maternidad del Hospital Obispo Polanco de Teruel se realizará un nuevo estudio observacional, con las mismas características que el previo, para monitorizar las mejoras en la practica clínica y el descenso de extracciones analíticas y del empleo de antibióticos en recién nacidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará cuando se notifique la aceptación del mismo.

Se extraerán los datos de los recién nacidos ingresados en el Hospital Obispo Polanco al los que se les ha realizado análisis de PCR en un periodo de tiempo.

Una vez extraídos los datos clínicos y analíticos se elaborará un protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0980 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN-CALAMA VALERO JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· BENITO COSTEY SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· GRACIA TORRALBA LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· HERRERO SANZ MARIA CRISTINA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· COTE SAEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO. TCAE. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional.
No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores.
Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recien nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
• Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
• Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
• Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
• No separar al RN de su madre.
• Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
• Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
• Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Variables recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorrexis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciará el estudio tras la obtención la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes

Proyecto: 2016_0980 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TITULO: PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE ..... LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· NAVALON MONLLOR VICTOR. MIR. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· PONCE GARCIA ESPERANZA. EIR SALUD MENTAL. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· SIMON ALONSO NURIA. EIR SALUD MENTAL. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· TORRES MIRAVET ROSALIA. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes que acuden a los servicios sanitarios con intención suicida son derivados a los servicios ambulatorios de Salud Mental a través de cuatro posibles vías:
-interconsulta solicitada desde Centros de Salud
-interconsulta solicitada desde Consultas externas del HOP y del Hº San José
-derivación del paciente desde el Servicio de Urgencias del HOP
-cita solicitada desde la UHB de psiquiatría del HOP al alta de un paciente.

La Unidad de Salud Mental (USM) es el dispositivo responsable de articular la atención longitudinal de los pacientes, en concreto en este caso a las que presentan ideación o intención suicida. Sospechamos que en no pocas ocasiones, el paciente o bien no llega a acudir a la primera consulta de la USM, o abandona prematuramente la intervención ofertada.

La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y protocolizada. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso burocrático hasta su revaloración y seguimiento adecuado en salud mental. Los datos perdidos, nos aportarían conocimiento sobre la evolución general de este tipo de problemática, y lo que es más importante, dificultan estar al tanto de las posibles situaciones de riesgo, para poder establecer sistemas de actuación preventivos,
y por ende el tratamiento adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad.
- Mejorar la coordinación en la asistencia entre el servicio de atención primaria y servicio de psiquiatría del Sector Teruel.
- Mejorar la percepción de la calidad asistencial en los pacientes con riesgo suicida y por ende la adherencia a los programas de atención y seguimiento.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
- Reducir reingresos y frecuentación de urgencias.
- Disminuir la incidencia de suicidio consumado en pacientes atendidos en nuestra unidad de salud mental.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales de atención primaria que discrimine entre riesgo leve y riesgo moderado
2. Informar del programa en atención primaria y a psiquiatras y urgenciólogos que atienden a urgencias hospitalarias durante las 24 horas del día.
3. Crear “sistema de alerta” por el cual la USM tenga conocimiento de todo paciente que haya sido atendido en Urgencias del HOP por sintomatología relacionada con el suicidio como motivo principal (del resto de posibles derivadores recogidos al principio de este documento siempre se tiene constancia pues llega la petición por escrito vía FAX o en mano a la USM).
4. Desde USM se contactará con todo paciente con primera cita concertada que no acuda, procediendo a nueva cita; informando a MAP del paciente en caso de negativa del paciente a acudir o ante un segundo fallo.
5. Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos de atención programados en primera acogida desde servicios de salud mental.
6. Iniciar supervisión y seguimiento de casos desde consultas de CSM.
7. Seguimiento de casos en CSM y monitorización de porcentaje de abandonos de tratamiento en el plazo de un año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores planteados:

- % pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 95%
- % pacientes con intencionalidad autolítica que son atendidos en consultas de USM en un determinado plazo de tiempo:
o Riesgo leve en máximo 15 días: 90%

Proyecto: 2016_0111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TITULO: PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

o Riesgo moderado en máximo 10 días: 90%
- % abandonos del seguimiento:
o Riesgo leve: <20%
o Riesgo moderado: <10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo a lo largo del mes de septiembre.
- Informar del programa atención primaria y a red de psiquiatría de atención a urgencias a lo largo del mes de septiembre.
- Comienzo de sistema de registro y supervisión a partir del mes de octubre.
- Seguimiento de casos, monitorización de abandonos de tratamiento y de recaídas desde CSM a partir de octubre.
- Fin de recogida de datos el 30 de septiembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA REBOREDA AMOEDO
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL ARAHAL MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERRERO SANZ MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTIN-CALAMA VALERO JESUS. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· GODED GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La escasez de registros no permite realizar una cuantificación fiable de la tasa de pérdidas perinatales en nuestro país (muertes fetales intermedias, tardías y neonatales precoces). Se estima una tasa media de fallecimiento de 8/1000 nacidos, desde la 22ª semana hasta las primeras 24 horas de vida, lo que supone unos 3200 casos al año.
Los padres que experimentan estas pérdidas, requieren de orientación y apoyo, y en ocasiones de un abordaje mas especializado, ya sea psicoterápico o farmacológico.
Existe evidencia que indica que hay menos probabilidades de que el malestar de los padres derive en un cuadro psiquiátrico si éstos están satisfechos con el modo en que su médico se ha comunicado con él y la forma en la que el servicio ha manejado la situación de pérdida, situación que implica un significativo nivel de angustia también para los profesionales del propio servicio.
Es por ello, que creemos necesario establecer una guía de seguimiento sencilla, con la que se pretende que el profesional que atiende a una mujer con una pérdida (fundamentalmente, obstetra y matrona) conozca lo que se debería hacer y, sobre todo, lo que no se debería hacer, ni decir, en cada momento o fase del proceso del duelo para evitar la elaboración de un duelo patológico, pero también para obtener una sensación de satisfacción por el trato recibido y, por qué no, para reducir la probabilidad de posibles demandas por mala praxis.
Deberíamos preguntarnos además, si la necesitad de apoyo reglado debería extenderse no sólo a las parejas que sufren una pérdida perinatal, sino también a las que sufren un aborto o muerte fetal temprana, al igual que en el caso de aquellas parejas que tienen que hacer una interrupción voluntaria del embarazo por motivos terapéuticos, con el dolor que les supone y la dificultad de una toma de decisiones en esas circunstancias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Cambiar la concepción y actuación erróneas que los profesionales puedan tener sobre estos casos.
• Mostrar a la pareja y al profesional las herramientas que ofrece el sistema sanitario y la red social para afrontar la pérdida.
• Mejorar la comunicación médico-paciente/familiares.
• Disminuir la probabilidad de aparición de duelos patológicos.
• Prevenir las posibles demandas derivadas de una mala comunicación médico-paciente/familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Redacción y entrega del protocolo de atención perinatal a los servicios que participan en dicha atención (ginecología, pediatría y salud mental).
2. Revisión a los 6 meses del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental si precisa.
3. Reunión con el equipo y mejorar coordinación entre servicios si precisa.
4. Revisión al año del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental.
5. Revisión de cuestionarios de satisfacción entregados al año de seguimiento del protocolo.
6. Revisión de resultados y valoración de propuestas de mejora (formación al personal, sistemas de mejora de coordinación entre servicios, etc).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- % pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Entrega del protocolo a lo largo del mes de octubre de 2016.
- Reunión del equipo coordinador del protocolo y primera revisión de resultados a lo largo del mes de marzo.
- Revisión final de resultados en el mes de septiembre de 2017. Valoración de nuevas propuestas de mejora.

Proyecto: 2016_0112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL INTERVENCIONISMO DEL RADIODIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES MARTIN MIRAVET
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· URBANETA GUTIERREZ ROSALIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· VILAR BONACASA EVA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· MARTINEZ SANZ GLORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· ROYO GONZALVO SANDRA. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· YAGO ESCUSA MARIA DOLORES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos detectado que un número importante de pacientes que acuden a nuestro servicio desconocen: la naturaleza, características y procedimiento de la exploración radiológica que se les va a realizar, falta o incorrecta preparación para la realización de la prueba radiológica, ciertas incompatibilidades con la prueba a realizar, consentimiento informado incompleto…
Lo cierto es que todo esto se traduce en una pérdida de citas cuando disminuir la lista de espera es un objetivo a cumplir.
Creemos que con la implantación de la consulta de enfermería a través de una entrevista clínica, todos estos problemas se subsanarían, ya que realizaríamos una serie de funciones que nos garantizarían la llegada del paciente en óptimas condiciones el día del procedimiento.
Podemos resumir las funciones más destacadas:
Educación sanitaria e información al paciente y a familiares sobre la prueba que se le va a realizar, informar de ciertas incompatibilidades,en el caso de los procedimientos intervencionistas es importante disminuir la ansiedad del paciente por medio de información, para aumentar la probabilidad de cooperación y con ello, el éxito en la realización de la prueba radiológica.
Experiencias llevadas a cabo en otros centros hospitalarios demuestran la eficacia y la eficiencia de la implantación de una consulta de Enfermería intervencionista en Servicios de Radiodiagnóstico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos que con la implantación de la consulta de enfermería en la que se atenderán a pacientes sometidos a un procedimiento intervencionista, y tras la realización de una entrevista clínica se pueda evitar la pérdida de citas por causas evitables como hemos expuesto anteriormente y así poder reducir la lista de espera pudiendo detectar previamente alguna incidencia en la que la realización de la prueba estuviese contraindicada.
Creemos que los pacientes acudirán el día de la cita sin temor ni ansiedad tras explicarles en que consiste dicha exploración y solucionar cualquier tipo de duda que puedan tener, tendremos la seguridad de que llegan con el tipo de preparación correcta y conoceremos posibles contraindicaciones con su medicación habitual y en el caso de que existiese alguna incompatibilidad con la prueba a realizar lo averiguaremos previamente y no será necesario perder ningún hueco en la citación diaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Recabar toda la información posible respecto a la implantación y funcionamiento de otras Consultas de Enfermería Radiológica en lo que se refiere al proceso intervencionista e indicar que estamos en proceso de la elaboración de un manual de funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica intervencionista, en el que se recoja que tipo de pacientes son susceptibles de ser atendidos en dicha consulta, contenido de la misma y competencias que ha de desarrollar el enfermero responsable.
• Crear una consulta de Enfermería intervencionista, se realizará telefónicamente a pacientes ambulatorios y de forma física en pacientes ingresados el día previo a la realización de la intervención.
• Crear la historia clínica radiológica donde podamos reflejar incidencias radiológicas.
• Coordinar la llegada y revisión de peticiones radiológicas intervencionistas.
• Crear protocolos de Enfermería en los distintos niveles de actuación que facilitará el trabajo de todo el equipo y a su vez unifique criterios de actuación.
• En el caso de pacientes ingresados con un drenaje colocado en el servicio de rayos procederemos a abrir una Hª clínica radiológica, realizaremos controles del catéter, recogeremos las características y el volumen drenado, cuidados de la herida, funcionamiento del catéter y sistema de sujeción .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador principal es que el paciente acuda el día de la cita correctamente preparado (información adecuada, analítica reciente, incompatibilidades farmacológicas, consentimiento informado debidamente cumplimentado, enfermedades concomitantes). (a/b) x100
a : Nº de pacientes que acuden correctamente el día de la prueba radiológica.
b : Nº total de pacientes que acuden a la consulta.
-Asistencia telefónica: Nº de consultas telefónicas atendidas.
-Protocolos realizados.
-Registro de incidencias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL INTERVENCIONISMO DEL RADIODIAGNOSTICO

1.- Recogida de información: Octubre 2016- diciembre 2016
2.-Diseño y elaboración del manual del funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica: Enero 2017-marzo 2017
4.-Implantación de la consulta de Enfermería: Abril 2017
5-Obtención de resultados y evaluación del proceso: Julio 2017
6-Comunicación de resultados a la organización: Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Procedimiento para ayudar en el diagnóstico médico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PECES GONZALEZ NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· CALVO ARIÑO AITOR. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Rehabilitación del H.Obispo Polanco no dispone de planta de hospitalización, pero muchos pacientes ingresados en otros Servicios precisan nuestra valoración y tratamiento durante la hospitalización; así como, un posible seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria. Se
recibe la solicitud de valoración mediante hoja de interconsulta, que se cumplementa de forma manual. Así, en el año 2014 se valoraron 562 pacientes entre dos médicos especialistas en Rehabilitación. Los servicios solicitantes más frecuentes fueron: Traumatología 61,75%, Medicina Interna 16%, Neurología 8,18%, otros 14,07%. Patología más frecuentemente observada: fractura de cadera 29,53%, artroplastia de rodilla 19%, ACV 9,78 %, deterioro funcional secundario a diversas causas 14,1%. Del total de las solicitudes se pautó tratamiento al 86,8 %.
Esta gran labor asistencial no queda registrada en ninguna base de datos, por lo que no hay documentos ni referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.
Conjuntamente con el Servicio de Neurología y de Informática queremos iniciar la solicitud de valoración del paciente hospitalizado por causa neurológica, utilizando la plataforma informática de nuestro hospital, que a su vez está conectado al Sistema de Salud de Aragón.
Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando quieren realizar una solicitud de Interconsulta, en la que describen fecha de la consulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de consulta al Servicio de Rehabilitación. A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde podemos visualizar las solicitudes realizadas. A través de HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden describir la valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza y posible tratamiento y/o seguimiento. El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta. Se está iniciando el proyecto en la actualidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a. Mejorar el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el H. Obispo Polanco
b. Mejorar la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Tras realizar la prueba con el Servicio de Neurología, se quiere ampliar al resto de Servicios de Hospitalización
c. Mejorar la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento y objetivo funcional
d. Mejorar la satisfacción de los Servicios de Hospitalización y Atención Primaria disponiendo de Informe Médico informatizado del Servicio de Rehabilitación
e. Mejorar la satisfacción del paciente valorado por nuestra parte, disponiendo de Informe Médico informatizado con nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a. Disponibilidad de aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta de Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.
b. Disponibilidad en Intranet de Teruel de pestaña con Ïnterconsultas a rehabilitación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación.2. % respuesta de interconsultas al Servcio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.5. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación sin indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.
6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco con informe de Rehabilitación correspondiente.
7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H. Dia geriatrico con informe de Rehabilitación correspondiente.
8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en C.Salud de área con informe de Rehabilitación correspondiente.
9. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en H. media estancia por precisar convalecencia con informe de Rehabilitación correspondiente.
10. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de

Proyecto: 2016_0203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Rehabilitación correspondiente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde la aprobación del proyecto de calidad con valoración de los resultados en marzo de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PECES GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NOGUERA LOPEZ EUGENIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· PLAYAN GADANUER MARIA LUISA. LOGOPEDA. CSS SAN JOSE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incidencia de los trastornos del lenguaje, el habla, la voz, la audición y la deglución cada vez es mayor y pueden ser causa de importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social, así como causa de problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias por aspirado. En este sentido, la demanda asistencial requiere un diagnóstico cada vez más precoz y completo y la puesta en marcha de recursos humanos especializados en el tratamiento de estos trastornos.

Nuestro objetivo es poder canalizar y coordinarnos con las diferentes especialidades médicas o servicios (Otorrinología, Pediatría, Neurología, Cirugía Maxilofacial, Atención Primaria, etc,) para que puedan remitir a nuestro servicio de rehabilitación, pacientes con diferentes patologías susceptibles de valoración y/ o tratamiento de logopedia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En nuestra área sanitaria de Teruel, no existía la de posibilidad de ofrecer tratamiento de logopedia para la población general. Sólo excepcionalmente el IASS, asumía algún paciente menor de 6 años. Este motivo provoca gran limitación para los pacientes afectados de diferentes patologías que precisan de este tipo de terapia y hasta el momento, sólo algunos pacientes podían recurrir a una asistencia privada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valorar y tratar a pacientes con patología del habla, el lenguaje, la voz, la deglucción, planteando objetivos funcionales y/o mejoría de calidad de vida para estos pacientes y/o de sus familias o cuidadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de pacientes hospitalizados que presenten posible patología susceptible de tratamiento de logopedia, tras solicitud de interconsulta a nuestro servicio de rehabilitación.
Derivación desde diferentes especialidades médicas o servicios, mediante volante P10 y vía ambulatoria a nuestras Consultas Externas de Rehabilitación, de pacientes susceptibles de valoración, para plantear objetivos y pautar tratamiento de logopedia
Tiempo de espera desde que se solicita la valoración por nuestro servicio y el tiempo que tardan los pacientes en iniciar el tratamiento de logopedia según la gravedad de su patología.
% de pacientes valorados en nuestro servicio de RHB y número de pacientes a los que se les pauta tratamiento de logopedia, remitidos desde hospitalización y /o desde CCEE.
Valorar la disminución de canalizaciones de estos pacientes al anterior Hospital de referencia.
Edad de la población valorada.
Patologías que demandan nuestra valoración y tratamiento.
Revisiones en consulta para valorar la respuesta al tratamiento (ej. mejoría funcional en la fonación (tono, fluencia, tiempo de, deglución (test de disfagia), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la deglución y por tanto en el estado nutricional del paciente (ej. IMC, ganancia de peso, tipo de dieta…)
Encuestas de satisfacción de los pacientes que han recibido tratamiento de logopedia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Valoración durante un año (actualmente disponemos de logopeda en nuestro servicio desde el 1 de septiembre de 2016 y estamos iniciando la puesta en marcha y coordinación de la asistencia)

9. OBSERVACIONES.
El proyecto y los circuitos de solicitud y demanda de valoración están previstos. Tenemos que coordinar e informar a los diferentes servicios las posibilidades para remitir los pacientes a nuestro servicio (hemos mandado correo informativo a las direcciones de los facultativos de los servicios implicados, desde dirección hospitalaria esperamos que también se informe a los compañeros de atención primaria, en diferentes medios de información de prensa escrita salió publicada la noticia de la disponibilidad de tratamiento de logopedia en Teruel a cargo del servicio de Rehabilitación)

10. OTRO ENFOQUE. Proporcionar tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a pacientes que lo precisen y que hasta ahora sólo era posible por privado

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes con patología del habla, voz, lenguaje, deglución, succión

Proyecto: 2016_0687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0550 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES MUÑOZ LEON
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON MARIÑO ANTONIO. MÉDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La zona rural de nuestro Sector Teruel es receptora, sobremanera en periodo estival, de población proviniente de otras localidades; encontrándonos un flujo nuevo de pacientes que precisan garantizar tratamiento de hemodiálisis crónica en destino.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la atención a pacientes con enfermedad renal crónica que deseen desplazarse a nuestro sector en periodo estival.
-Mejorar su calidad de vida global facilitando el retorno temporal a sus localidades de origen.
-Posibilitar periodos de autonomía personal y movilidad geográfica a pacientes sujetos a tratamiento crónico no autoadministrable en domicilio.
-Preservar la conciliación de su enfermedad con vida familiar y rol social.
-Colaborar con el movimiento asociativo vinculado a salud (ALCER Teruel)

Hay creada una “Comisión de Adecuación y Organización de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica”
Formada por:
-Director del Hospital Obispo Polanco (en adelante Hospital O. Polanco)
-Directora de Enfermería del Hospital O. Polanco.
-Subdirectora Provincial de Inspección y Aseguramiento Sanitario.
-Nefrólogo Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital O. Polanco.
-Enfermera Supervisora de la Unidad de Diálisis del Hospital O. Polanco.
-Trabajador Social del Hospital O. Polanco.Secretaria de la comisión. (en adelante T.Social)
-Secretaria de la Asociación de Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER Teruel).

En la misma se estudian la solicitudes recibidas en plazo en las que pacientes solicitan su hemodiálisis para el periodo estival (que abarca del 1 de junio al 31 de septiembre)
Las solicitudes se reciben por fax desde los centros médicos/ asociaciones y se archivan conforme fecha de registro de entrada.
En 2016 se han recibido un total de 11 solicitudes en plazo, con asignación incial a todas ellas, y con posterior renuncia por parte de 4 pacientes, quedando finalmente un total de 127 sesiones realizadas a un total de 7 pacientes. Distrrbución: 0 en junio, 42 en julio, 56 en agosto y 29 en septiembre.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Informar a todos los centros y asociaciones que históricamente solicitan plaza de plazos de recepción y contenido de las solicitudes, que debe comprender: identificación, informe médico, serología, pauta de hemodiálisis, domicilio en destino y periodo solicitado, para uniformar y evitar errores.
-Apertura de historia clínica al paciente dializado en este programa.
-Atender las peticiones de prórroga sobre el periodo concedido que se reciben ya en el transcurso.
-Atender modificaciones solicitadas por los pacientes una vez recibida la concesión, en atención a su situación sociofamiliar.
-Atender las peticiones de adhesión a transporte según Convenio ALCER- Dpto.de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón
-Detección precoz de situación de riesgo social y derivación a T.Social.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicadores:
-Número de plazas de hemodiálisis en periodo estival adjudicadas, en relación al total de pacientes que lo solicitan, con criterios de equidad para poder atender a todos ellos.
-Número de asignaciones de plazas modificadas en atención a las circunstancias sociofamiliares que plantea cada paciente.
Monitorización: Control evolutivo de las solicitudes recibidas para hemodiálisis en periodo estival.
Evaluación:
-Reunión anual evaluadora. Se convoca a Hospital O. Polanco (Jefe del Serv. de Nefrología y a la T.Social) y a la secretaria de ALCER Teruel.
-Reunión de la mencionada comisión en la segunda quincena de mayo para asignación de plazas.
-Durante el periodo estival, seguimiento continuado de todos los aspectos.
-Memoria del Servicio de Nefrología.
-Memoria de la Unidad de Trabajo Social.

Proyecto: 2016_0550 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Del 1 de enero al 15 de mayo:
-El T.Social recepciona las solicitudes vía fax y da registro de entrada a cada una de ellas.

-Del 16 al 31 de mayo:
-El T.Social entrega la relación de pacientes (identificación personal y del centro de origen) y peticiones a Jefe del Serv. Nefrología y a Supervisora de la Unidad de Diálisis y se diseña planning con la asignación para presentarla a la comisión.
-Jefe del Serv. de Nefrología convoca la reunión de la comisión.
-Reunión de la comisión donde se trata: recepción, asignación y temas de mejora (SIFCO, transporte, etc).
-La T.Social notifica la asignación de plaza (y adjunta carta del Director del Hospital con mención del procedimiento de asignación y turno concedido).
-Apertura de historia clínica al total de pacientes concedidos.

-Del 1 de junio al 31 de septiembre:
-Coordinación contínua T.Social y Unidad de Diálisis.

-Noviembre:
-T. Social realiza estudio de la correcta inclusión del documento SIFCO y en caso de error, insta a corrección a la comunidad autonóma de origen.

-Diciembre:
-Reunión evaluadora entre Hospital O. Polanco (asisten Jefe del Serv. de Nefrología y la T.Social) y la secretaria de ALCER Teruel.
-Notificación por fax a todos las asociaciones y centros solicitantes de los plazos de recepción y los contendidos mínimos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

2. RESPONSABLE ..... AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN IGUAL ADORACION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· HERNANDEZ GARCIA LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· CONEJOS LOZANO AURORA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· CORTEL VICENTE ANA BENITA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· FORNES LOPEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VICENTE CORTES ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· PEREZ LAFUENTE ANA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.
Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a.Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
b.Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
c.Difusión de protocolo.
d.Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
e.Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
f.Elaborar indicadores de evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial
Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.
Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Proyecto: 2016_0147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio proyecto: septiembre 2016
Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del poyecto).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE RICARDO LAJUSTICIA MORENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES SALIENTE AURORA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· PASTOR PEREZ MARIA JOSE. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· HERNANDEZ GOMEZ EVA. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· DOÑATE GONZALVO ROSANA. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GUTIERREZ PEREZ MARIA DE LOS ANGELES. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GALVE BLASCO ROSA. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GARCIA REMON LIDIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización son muy importantes a la hora de prevenir la trasmisión de infecciones cruzadas hospitalarias. Dadas las características del Servicio de Urgencias, en los que es necesario la utilización de gran cantidad de material de forma urgente, la disponibilidad de nuestra Central de Esterilización, la gran cantidad de pacientes atendidos a lo largo de la jornada, la alta rotación de personal y déficit de conocimiento en algunos aspectos de estos procesos, consideramos abordar el problema con la elaboración de un manual que sirva de guía a la hora de llevar a cabo dichos procesos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la variabilidad en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización con el fin de contribuir a impedir la trasmisión de las infecciones cruzadas hospitalarias, a través de la elaboración y difusión de un manual (formato fichas) que sirva de guía práctica a los profesionales sanitarios de urgencias, que entre sus actividades y tareas desempeñan labores de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización, del material, mobiliario destinado a pacientes, fómites e instrumental médico-quirúrgico.

Asimismo, dadas las características del Servicio de Urgencias y la disponibilidad de la Central de Esterilización de nuestro Hospital, con este manual pretendemos ampliar las posibilidades de la desinfección de alto nivel en las circunstancias en que se pueda hacer uso de ella en materiales semicríticos, en los que por situaciones especiales de gran presión asistencial fuera necesario recurrir a la misma.

Facilitar este procedimiento en los profesionales de nuevo ingreso y la satisfacción general de los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se conforma grupo de trabajo.
2. Se elabora listado de materiales.
3. Se fotografían los materiales
4. Se conforma la estructura del manual:

En la primera parte de manual se recogerán todos los aspectos teóricos que todo el personal que maneja productos y materiales sanitarios deben conocer:

- ¿Qué es un producto sanitario?.
- Simbología del etiquetado productos sanitarios.
- Definiciones referentes a los procesos de esterilización.
- Higiene de manos.
- Descontaminación de superficies y mobiliario clínico.
- Desinfección de aparatos y mobiliario.
- Clasificación de los detergentes.
- Lavado manual. Protecciones.
- Tipos de desinfección.
- Niveles de desinfección.
- Tipos de materiales.
- Desinfectantes de medio/alto nivel desinfectantes de medio/bajo nivel.

En la segunda parte estará compuesta por las fichas de los diferentes materiales, mobiliarios y superficies subsidiarios de limpieza, desinfección o esterilización.

El esquema general será:

- Consideración del material.
- Normas de limpieza, desinfección y esterilización si procede de cada material.
- Desmontaje y montaje si procede.
- Fotografía del material.
- Enlaces youtube si procede.

Proyecto: 2016_0160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

5. Elaboración.
6. Difusión.
7. Puesta en funcionamiento.
8. Evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. El manual esta disponible en formato papel y enviado en formato electrónico a todos los profesionales del Servicio de Urgencias.
2. Realización de una sesión de información y formación a todos los profesionales implicados.
3. Registro de los cambios del desinfectante de ato nivel.
4. Registro de materiales procesados con desinfectante de alto nivel. Evaluación de la trazabilidad del proceso.
5. Encuesta de utilidad/ satisfacción del personal con el manual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Manual elaborado: noviembre 2016 (ya se ha iniciado).
2. Difusión: sesión formativa y envío a todos los profesionales del Servicio en formato PDF. Diciembre 2016
3. Elaboración de registros de evaluación: diciembre 2016.
4. Elaboración de encuesta de satisfacción: enero 2017.
5. Primera evaluación del proyecto: junio 2017
6. Memoria del proyecto: noviembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Mejora de los procesos de limpieza, desinfección y esterilización

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mejora de procesos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0177 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES INGRESADOS. PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS MEDIANTE EL DESPISTAJE DE DISFAGIA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BORRUEL AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· FATAHI BANDPEY BEHROUZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VICARIA WITTIG GUSTAVO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· REMON VICENTE ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· PEREZ MARTIN MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La disfagia es una alteración o dificultad en el proceso de la deglución. La disfagia orofaringea (DO) es un concepto anatómicamente más restringido que expresa una alteración en el transporte del alimento o las secreciones edógenas (saliva) desde la boca al esófago. Es una patologia frecuente en la población anciana sana con una prevalencia entre el 7-22%. En las enfermedades neurodegenerativas es muy frecuente:
- Accidente cerebrovascular: 30-80%
- Enfermedad de Parkinson 35-50%
- Enfermedad de Alzheimer 45-50%
- Neoplasias de cabeza y cuello 59%
-Población institucionalizada: 50-65%.
- Pobación de pacientes ingresados en agudos 10-15%.

Las complicaciones más importantes derivadas del inhadecuado abordaje de este trastorno son: la malnutrición, la deshidratación, atragantamientos, aspiraciones y neumonías, siendo la morbi-mortalidad de estas últimas mayor del 50%, con un aumento importante de los costes, dias de ingreso y deterioro de la 0calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir las complicaciones asociadas a la disfagia mediante una detección precoz en urgencias, adecuando la ingesta al resultado obtenido.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pondrá en marcha un protocolo de cribaje de disfagia en el servicio de urgencias para los pacientes que están en la sala de observación y para los que van a ingresar.

Difusión del protocolo mediante sesión formativa.

Se realizará un screening mediante el test EAT-10 validado.
Si este test es positivo y/o por las características previas se les presuponga la presencia de disfagia, se les realizará directamente el Test de volumen-viscosidad (validado).

Se ajustará la dieta según los resultados obtenidos.

Se elaborarán etiquetas de presencia de disfagia para incluir en la Historia clinica y se entregarán hoja de recomendaciones a los pacientes y cuidadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.) numero de pacientes ingresados >65 años desde urgencias (excluidos los pacientes a dieta absoluta) a los que se les realiza el screening de disfagia mediante el test EAT-10 / del total de pacientes ingresados >65 años
estandar >50%

2.) numero de pacientes que ingresan con dieta adecuada a sus necesidades / nº de pacientes subsidiarios de dieta modificada por presencia o no de disfagia
estandar >50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre-diciembre 2016: realización del protocolo y sensión clinica formativa del personal.

Desde enero se realizarán los test de despistaje de disfagia según los especificado.

Junio 2017 primer análisis de los resultados obtenidos.

Información a los profesionales y reconducción de los aspectos mejorables.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0177 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA INGESTA EN PACIENTES INGRESADOS. PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS MEDIANTE EL DESPISTAJE DE DISFAGIA EN URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0178 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· COSCOLLAR ESCARTIN IRENE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· LOPEZ MAS CLARA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· TELLEZ SERRANO ALBERTO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· BENEDICTO TORRES MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GARCIA GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GARCIA CIRUGEDA GEMMA. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La frecuente saturación de los servicios de urgencias genera una espera, en ocasiones prolongada para ser atendidos o recibir los resultados. Dicha espera con frecuencia genera inquietud, aburrimiento, desesperación y enfado de los usuarios del Servicio de Urgencias, siendo éste unos de los puntos que merma la calidad del servicio prestado por esta Unidad. Además suele existir una desinformación sobre el proceso de atención de urgencias y las normas de la unidad. Otros proyectos de gestión muy importantes van encaminados a disminuir dicha espera. En este proyecto se pretende paliar dicha espera haciéndola más llevadera, entretenida con contenidos de educación para la salud y paneles explicativos del proceso de atención en Urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la información del proceso de atención en urgencias. Disminuir la ansiedad y el aburrimiento de la espera para ser atendidos. Aumentar la educación sanitaria de los procesos más frecuentes. Como objetivo secundario se espera una disminución de las reclamaciones por espera a ser atendidos, al disminuir la desinformación del proceso de atención y hacer más llevadero el tiempo de espera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Se pretenden instalar 2 monitores en el Servicio de Urgencias, uno en la sala de espera de familiares y otro en la sala de Espera de resultados. En dichos monitores se expondrán:
- Diagramas del proceso de atención en Urgencias (proceso de triaje, medicación, atención boxes, radiología, sala observación, ingresos) junto con las normas y recomendaciones de la Unidad más importantes.
- Educación para la salud: recomendaciones de la Sociedad Española de Urgencias (SEMES) y otras Sociedades, sobre los procesos de salud más importantes mediante vídeos y paneles explicativos.
- Iniciativas solidarias
b) Crear una zona wifi 2.0 en el Servicio de Urgencias, que permita el acceso libre a internet en dichas estancias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevará a cabo mediante encuestas de satisfacción a los usuarios.
Se valorará también el número de reclamaciones por demora en la asistencia en comparación con años previos como indicador secundario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el último trimestre de 2016 se pondrá en marcha la instalación de los monitores en las salas de espera. Confección del material audiovisual a exponer.

Durante el primer trimestre-segundo de 2017 se crearía el espacio wifi.

Encuestas y evaluación cuarto trimestre 2017.

9. OBSERVACIONES.
La sala de espera de Urgencias es un magnifico escaparate para la información y educación sanitaria, ya que por ella pasan al año miles de usuarios y familiares.

Queda pendiente la adquisición del 2º monitor para la sala de espera de resultados.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cualquier patologia urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

URGENCIAS 2.0 . WEB PARA LOS PROFESIONALES Y USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... CARLA GRACIELA IANNUZZELLI BARROSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· ROS TRISTAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· CORRAL MARTIN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· TORRES CELDA EMPAR. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MENA BLASCO ROSA. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hoy en día existen numerosas publicaciones de contenidos médicos pero muchas de ellas carecen de fuentes fiables o de información validada. El profesional de urgencias en muchas ocasiones se ve obligado a consultar información en la web, con dificultades para encontrar material de calidad y actualizado en el tema de urgencias, con la consiguiente pérdida de tiempo y aumento de la frustración. Creemos importante para el profesional de urgencias la actualización continua en nuestro trabajo y el almacenamiento de los enlaces en una pagina para poder consultarlo en cualquier momento sobre temas de interés sobre las urgencias hospitalarias
No existe una plataforma para la docencia interactiva en nuestro Servicio de Urgencias, así como tampoco para programar los eventos organizados por este servicio que llegue a todos los profesionales que trabajan en el. No existe tampoco una página que ofrezca recomendaciones fiables para nuestros pacientes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende mejorar la calidad de la docencia aportada por este Servicio, por el que pasan todos los Médicos residentes del hospital y EIR.
Mejorar la calidad de la asistencia al usuario, al fomentar la formación de los profesionales que trabajan en el servicio.
Favorecer la búsqueda de información fiable en el ámbito de la Urgencias, así como ser una plataforma para agrupar todos los documentos del Servicio (guías clínicas, protocolos, consentimientos, recomendaciones al alta).
Favorecer la interacción de los profesionales a través de casos clínicos on-line semanales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de una página web tipo blog,. La pagina tiene como objetivo recopilar enlaces de artículos,guías,manuales,libros y aplicaciones en relación con las urgencias hospitalarias.
En dicha página también se colgarán casos clínicos interactivos para su discusión on-line por los profesionales. (salvaguardando la privacidad del paciente)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Uno de los indicadores de utilización de dicha pagina será el número de visitas de la misma, intentando superar las 1000 visitas/año
Encuesta de satisfacción de los usuarios de la web.
En la evaluación y seguimiento se irán introduciendo ideas y proyectos nuevos de docencia y formación sugeridos por los usuarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
construcción de la web durante el último trimestre del año 2016.
Introducción progresiva de contenidos durante el primer semestre del año 2017
Evaluación de los indicadores durante Junio-octubre 2017

9. OBSERVACIONES.
Las enlaces publicados serán a paginas de acceso libre, siempre se indica las fuentes originales.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cualquier patología urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0719 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO LA SUPERVIVENCIA EN LA SEPSIS. "CODIGO SEPSIS"

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO RODERO ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHIS YAGO BEATRIZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· LOPEZ MAS CLARA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· COSCOLLAR ESCARTIN IRENE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· ROS TRISTAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· BURGUES DALMAU INMACULADA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GOMEZ GOMEZ LAURA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Sepsis supone un problema de salud importante (50-100.000 casos/año) con una mortalidad, en casos graves, del 35-40% (17.000 pacientes). Ello supone un elevado gasto, con un coste medio por caso en nuestro ámbito de 17.000 €. Además implica importantes secuelas en pacientes que sobreviven al episodio de sepsis grave, con una morbimortalidad secundaria elevada (mortalidad a 2 años del 40%). La sepsis, además, es una patología tiempo-dependiente, con un aumento de la mortalidad del 7% en cada hora de retraso en la administración de antibioterapia y las medidas de resucitación. En nuestro servicio, se realizó un estudio preliminar, a través del grupo de trabajo Sepsis Aragón, durante los meses de Diciembre de 2014 y Enero de 2015, en el que se registraron 61 casos de sepsis, observando varias posibilidades de mejora en el manejo del proceso séptico en relación con los estándares de referencia de nuestra comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los indicadores de calidad en el manejo de la sepsis incluyen los siguientes parámetros:
-Detección y activación precoz de Alerta Sepsis desde triaje-Atención médica precoz ante la sospecha de Código Sepsis-Reposición de volumen adecuado en la primera hora de atención, desde el triaje.-Solicitud de hemocultivos antes de iniciar antibioterapia-Administrar antibioterapia de amplio espectro en la primera hora desde el inicio de la atención médica. -Uso adecuado de Antibiótico según el foco de origen-Determinación de lactato y otros parámetros de monitorización.-Unificación de criterios en el manejo del paciente séptico mediante la elaboración de un protocolo de actuación "Código Sepsis"-Alcanzar los estándares de los indicadores de calidad en nuestra comunidad e internacionales-Mejorar la recogida de datos y parámetros en triaje para la correcta activación de Alerta Sepsis.
-Conseguir una detección y atención precoz ante la sospecha de sepsis.
-Mejorar la morbimortalidad en el paciente con sepsis como resultado final.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de un protocolo "Código Sepsis"-Formación a los profesionales implicados en la atención al paciente con sepsis-Elaboración de un tríptico de bolsillo con esquema de actuación. -Rellenar el "Check-list" del Código Sepsis y elaborar un registro para el posterior análisis de los resultados-Infomación a los profesionales de los datos obtenidos-Medición de indicadores de calidad -Reconducción de aspectos mejorables

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación de los indicadores se realizará de forma trimestral.
Indicadores:
-Tener elaborado un protocolo de manejo del paciente séptico en el servicio de urgencias: Protocolo "Código Sepsis".

-Tiempo de primera asistencia: % de pacientes con Código Sepsis atendidos en < 30 minutos:
Nº de pacientes con Códgio Sepsis atendidos en < 30 minutos
---------- X 100
Nº total de pacientes con Código Sepsis
Estándar: > 80
-Reposición de volumen en la 1º hora: % de pacientes con activación de Código Sepsis con reposición de volumen en la 1º hora:
Nº de pacientes con Código Sepsis con reposición de volumen en la 1º hora
---------- X 100
Nº total de pacientes con Código Sepsis
Estándar: > 60%
-Extracción de hemocultivos previo a antibioterapia: % de pacientes con Código Sepsis con extracción de hemocultivos previamente a la adiministración de antibioterapia:
Nº de pac. con Código Sepsis con extracción de hemocultivos previo a AB
---------- X 100
Nº total de pacientes con Código Sepsis
Estándar: >60%
-Administración de Antibioterapia en la 1º hora desde el inicio de la asistencia: % de pacientes con Códgio Sepsis que tienen administrado antibiótico en la 1º hora de su llegada a urgencias con criterios de sepsis:
Nº pac. con Código Sepsis con antibioterapia recibida en la 1º hora desde l
---------- X 100
Nº total de pacientes con Códgio Sepsis

Proyecto: 2016_0719 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO LA SUPERVIVENCIA EN LA SEPSIS. "CODIGO SEPSIS"

Estándar: >60%
-Administración del antibiótico adecuado: % de pacientes con Código Sepsis con administración de Ab adecuado según el foco infeccioso de origen (según protocolo)
Nº pac. con Código Sepsis con administración de Ab adecuado según el foco
---------- X 100
Nº total de pacientes con Código Sepsis
Estándar: > 60%
-Medición de Lactato: % de pacientes con Código Sepsis con medición de lactato:
Nº pacientes con Código Sepsis con medición de lactato
---------- X 100
Nº total de pacientes con Cógido Sepsis
Estándar: >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
•Octubre-Diciembre: Elaboración del Protocolo Sepsis. •Enero: Formación del personal asistencial mediante sesiones clínicas. •Junio: Análisis de los indicadores medidos •Julio-Septiembre: Reconducción de aspectos mejorables•Octubre: Análisis de indicadores. •Diciembre: Memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
Se requerirá un presupuesto aproximado de 200 € para material fungible

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0868 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

2. RESPONSABLE ..... JUSTO MANUEL VILLALBA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· FATAHI BANDPEY BEHROUZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· RODERO ALVAREZ FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· FERNANDEZ MADRUGA RAMON. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VICARIA WITTIG GUSTAVO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· SANCHIS YAGO BEATRIZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VERDES SANZ GUAYENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
. La diabetes es una enfermedad de elevada prevalencia en nuestro medio y, por sí sola, supone un apreciable incremento en la morbimortalidad, más aún cuando coexiste con otras patologías agudas o crónicas. De forma habitual se atiende en los servicios de urgencia a numerosos pacientes diabéticos, siendo necesario un adecuado control de las cifras de glucemia aún en el caso de no ser este el motivo de su atención. Es frecuente que para el control glucémico se aplique una pauta móvil de insulina, a pesar de que numerosos estudios han demostrado que no es la forma más eficaz ni la mejor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es la aplicación de nuevas pautas de insulinización (bolo-basal+corrección) con la finalidad de un mejor control glucémico de los pacientes, disminución de la morbimortalidad y de la estancia hospitalaria. Además, un mejor conocimiento y tratamiento de la diabetes mellitus.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a. Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realización de encuesta para objetivar el conocimiento de médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias de las pautas adecuadas de insulinización, así como de la necesidad de un adecuado control glucémico.
b. Elaboración de un protocolo de insulinización a aplicar en el servicio de urgencias y que pueda tener continuidad durante la hospitalización.
c. Difusión del protocolo.
d. Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
e. Realizar las modificaciones precisas en el PCH para su adecuado registro, evaluación y estudios polsteriores.
f. Elaborar indicadores de evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Existencia de un protocolo actualizado
2. % de pacientes en el que se utiliza la nueva pauta/total de pacientes diabéticos que ingresa
Esperamos conseguir un 80%
3. % de pacientes que siguen con la misma pauta durante su estancia en planta/del total iniciado en urgencias
Esperamos conseguir 75%
4. Pauta de tratamiento al alta en pacientes que ingresan en planta/de los iniciados en urgencias

Se evaluarán 15 pacientes/mes consecutivos desde el último día hábil hasta conseguir la muestra (100).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio proyecto: 10/2016
1.- elaboración del protocolo: 01/2017
2.- difusión del protocolo: 03/2017
Resultados definitivos y memoria del proyecto: 11/2017
Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta pauta en médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

Proyecto: 2016_0424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PREPARACION PREOPERATORIA EN UROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SANCHEZ ELIPE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UROLOGIA
· MONFORTE FANDOS MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UROLOGIA
· GOMEZ RUIZ JUAN JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía urológica es una especialidad que abarca diferentes técnicas quirúrgicas con diferentes abordajes y que en los últimos años ha sufrido una notable evolución, sobretodo a consecuencia del desarrollo de métodos no invasivos. Es preciso preparar correctamente al paciente física y psíquicamente para ser intervenido en quirófano. Es necesario establecer criterios unánimes debido a la amplitud de procedimientos diversos en urología, en la preparación del paciente previa a quirófano, optimizando recursos y evitando complicaciones en la cirugía con adecuada preparación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de esta iniciativa es desarrollar un manual de manejo clínico basado en la evidencia sobre la preparación del paciente para el acto quirúrgico estandarizado, del que actualmente carecemos, esencial para una adecuada preparación previa a la cirugía urológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El objetivo del estudio va a ser mejorar el control de los pacientes previo a las intervenciones urológicas, estandarizando y facilitador, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology.. Realizaremos un documento de consenso práctico y sencillo.
Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos, con alto impacto en la calidad asistencial, a su vez tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.

Como consecuencia de este manual se espera:

•Creación del manual sobre la preparación preoperatoria del paciente urológico, mejorando la información del proceso de cada paciente.
• Agilizar la preparación preoperatoria.
• Homogeneizar la preparación preoperatoria urológica.
• Mejorar la atención integral al paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Creación del manual de preparación preoperatoria en urología: estándar = SI.
- Pacientes con la preparación de consenso del total de pacientes previo a la cirugía urológica (estándar= >70%).
- Pacientes con la preparación completada del total de pacientes en los que se aplican las medidas preoperatorias (estándar= >70%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dado que ya se dispone, del lugar y personal adecuado para
llevarlo a cabo, es factible comenzar en cuanto el documento de
consenso esté elaborado para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0213 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA SAENZ BALLOBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BESTUE FELIPE CATALINA. PSIQUIATRA. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· DURAN SANDOVAL LICCET. PSIQUIATRA. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapueútico de los pacientes de salud mental en tratamiento con litio en el Sector de Alcañiz.
Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con litio, solicitar las siguientes pruebas: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, nitrógeno uréico en sangre (BUN), creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica. EN mujeres en edad gestacional, prueba de embarazo, y en mayores de 40 años, ECG. Durante el tratamiento es preciso medir la litemia tras cada incremento de dosis y antes del siguiente. Es conveniente controlar las funciones renal y tiroidea cada seis meses o cuando esté indicado clínicamente. Además se ha de repetir la analítica inicial una vez al año. Los niveles plasmáticos de litio deben revisarse cada seis meses o menos si los síntomas o signos así lo aconsejan.
Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento así como de la importancia de mantener un equilibrio hidroelectrolitico adecuado, pues una dieta hiposódica o la deshidratación que puede darse en ambientes calurosos podría generar litemias tóxicas. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con litio así como un consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.
Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con litio, así como facilitar al profesional que trata al paciente el registro y monitorización de la litemia y distintos parámetros a controlar durante la terapia con litio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con litio para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cumplimentar documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con litio así como cumplimentar documento de registro diseñado para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente para facilitar el control de los diferentes parámetros a tener en cuenta durante el tratamiento.
Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.
Reunión de equivo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes que reciben tratamiento con litio y a los que se les está realizando el control de parámetros mediante el gráfico diseñado
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con litio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio en Octubre de 2016
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Noviembre 2017
Comunicación de resultados: Noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSO Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

2. RESPONSABLE ..... CATALINA BESTUE FELIPE
· Profesión ..... PSIQUIATRA
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DURAN SANDOVAL LICCET. PSIQUIATRA. USM ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
· SAENZ BALLOBAR ANA MARIA. PSIQUIATRA. USM ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
· GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. FARMACEUTICO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· PANZANO GRACIA EMMA. ENFERMERO/A. USM ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
· GARCES TRASOBARES ROSA. PSICOLOGO/A. USM ALCAÑIZ. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ SE SIGUE FUNCIONANDO CON HISTORIA CLINICA DE PAPEL, Y EL INDICE DE ROTACION DE PROFESIONALES ES MUY ELEVADO. ESTO SUPONE QUE CADA PROFESIONAL QUE COMIENZA A EJERCER EN EL SECTOR DEBE LEER Y EN ALGUNOS CASOS DESCIFRAR LAS ANOTACIONES DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES PREVIOS COMO UNICA FORMA DE CONOCER LOS TRATAMIENTO PREVIOS ASI COMO LOS MOTIVOS POR LOS QUE FUERON RETIRADOS. QUEDAN REGISTRADAS LAS ALERGIAS, PERO NO LAS INTOLERANCIAS, LAS MALAS PAUTACIONES, LA FALTA DE RESULTADOS, ETC. INFORMACION VITAL A LA HORA DE ACOMETAR LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-DISMINUIR RIESGO DE FALTAR AL PRIMER JURAMENTO HIPOCRATICO ("PRIMERO, NO DAÑAR") PUES, INSISTIMOS, EN ALGUNOS CASO DESCIFRAR LO ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA ES UNA TAREA ARDUA Y CASI IMPOSIBLE
-FACILITAR LA PRESCRIPCÓN AL FACULTATIVO (ASI COMO A LOS SUCESIVOS)
-ELABORAR UN HISTORICO DE PRESCRIPCIONES POR PACIENTE PONIENDO EL PUNTO DE MIRA EN LOS FRACASOS: POR INTOLERANCIAS, POR FALTA DE RESPUESTA, ETC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ELABORACION DE HOJA DE "EFECTOS ADVERSOS" INDEPENDIENTE DE LAS HOJAS DE EVOLUCION CLINICA, DE FACIL ACCESO Y MANEJO. CON DATOS COMO FECHA DE INICIO DE PRESCRIPCION, FECHA DE RETIRADA Y MOTIVO DE SUSPENSION DE TRATAMIENTO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº DE HOJAS INICIADAS (= Nº DE INCIDENCIAS FARMACOLOGICAS)
-COEFICIENTE Nº DE HOJAS INICIADAS/Nº DE PACIENTES VISTOS
-CUANTIFICACION (A POSTERIORI Y COMO HIPOTESIS) DEL DESCENSO DEL Nº DE INCIDENCIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PLANTEAMOS UN PILOTAJE DE 1 AÑO CON REVISION SEMESTRAL, DE CARA A VER EFICIENCIA Y ACCESIBILIDAD. SI ADECUADO CUMPLIMIENTO Y UTILIDAD, UNA DURACION INDEFINIDA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1563 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPURGO DOCUMENTAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... LORENZO GASCA BEL
· Profesión ..... CELADOR/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Gran cantidad del espacio de admisión del centro de salud de Alcañiz está ocupado por documentos en papel que nunca han sido revisados. Además la gran cantidad de papel almacenado constituye un riesgo aumentado en caso de incendio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el espacio en el centro de salud.
Reducir el riesgo de incendio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se elaborará un listado de categorías de documentos almacenados
- Se revisarán los criterios de expurgo de historias clínicas de acuerdo con los criterios de la comisión de historias clínicas del Hospital de Alcañiz, valorando la derivación de los pasivos a almacenes centralizados
- Se consultará el período de almacenamiento del resto de documentos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Espacio liberado tras el expurgo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: listado de categorías de documentos. Consulta de período de almacenamiento de los documentos
Julio-Diciembre: Ejecución del proyecto
Evaluación: Enero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no se expurga por patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

2. RESPONSABLE ..... SIRA TELMO HUESO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMESTOY CHIESA MARCELA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SERDER ALEGRE LAURA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· ALBESA BENAVENTE INMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASTELLANO JUSTE ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AGUILAR JULIAN MARTA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PIRVULECU MARIANA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Fuente: cuadro de mando

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARCELA AMESTOY CHIESA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORRIBAS MARTI MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· TELMO HUESO SIRA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SENDER ALEGRE LAURA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· ARENZANA GARCIA SARA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· LAMBEA SALVADOR ESTHER. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO. MIR. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el cuidado del individuo es fundamental encontrar un equilibrio en sus hábitos higiénico-dietéticos que incluyen una alimentación sana, el ejercicio y el sueño reparador. Creemos que si motivamos a la población para iniciar una actividad en conjunto con pautas concretas para realizar un ejercicio se podría concientizar a la misma de la importancia que tiene el ejercicio en su buen estado general

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el interés de la población por modificar sus hábitos sedentarios de vida para mejorar su calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer un día a la semana con un horario concreto donde reunir a aquellos que estén interesados en participar de las caminatas.
Nombrar dos responsables dentro del grupo que sean los encargados de llevar a cabo los recorridos.
Determinar diferentes rutas para cada día.
Previo a la caminata realizar ejercicios de estiramiento.
Al finalizar la caminata repetir los ejercicios de estiramiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Trascurridos dos meses de iniciado el proyecto se pasará una encuesta para valorar la motivación de los participantes y recoger sugerencias para ir mejorando la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JULIO A NOVIEMBRE DE 2017, una vez a la semana

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1493 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... ALBA MARIA CAMPOS BERNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAN GARGALLO MARIA CARMEN. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· LOPEZ ESTERUELAS REYES. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MENDAÑA PEREZ LUCIA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALBESA BENAVENTE INMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CALLAU ESCUER JOSE. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ANÁLISIS DE SITUACIÓN PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los indicadores de prescripción nos informan de que nuestra situación en la prescripción de antibióticos en pediatría es mejorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORA DEL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA

OBJETIVOS DEL PROYECTO
Mejorar la prescripción de antibióticos en pediatría en el centro de salud de Alcañiz, tanto en consulta de mañana como en atención continuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES Y OFERTA SERVICIOS
Elaboración de hojas informativas para los padres sobre la importancia del control de la fiebre en el domicilio, explicando los signos de alarma en la fiebre, e informando de que, en ausencia de signos de alarma, lo ideal es acudir al día siguiente a la consulta del pediatra.
Instrucción técnica a los médicos de atención continuada indicando que en caso de fiebre de pocas horas de evolución, sin diagnóstico claro, no se inicie tratamiento antibiótico, citando al paciente en la agenda de pediatría de OMI-AP del día siguiente. En caso de precisar antibióticos en la mencionada instrucción se indicará qué antibióticos son de primera elección según patología y a qué dosis, para evitar, en la medida de lo posible, el uso de cefalosporinas y macrólidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Pacientes pediátricos con prescripciones de penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina y diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda x100/ Pacientes pediátricos con prescripciones de cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda.

Pacientes pediátricos con prescripciones de antibióticos de elección (amoxicilina o amoxicilina clavulánico) y diagnóstico de otitis media aguda*100 / Pacientes pediátricos con prescripciones de cualquier antibiótico y diagnóstico de otitis media aguda.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Junio: Elaborar hojas informativas
Junio-Julio: Elaborar instrucción técnica
Cada trimestre revisaremos indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Proyecto: 2016_1493 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1495 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... SIRA TELMO HUESO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMESTOY CHIESA MARCELA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· ARENZANA GARCIA SARA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· ALBESA BENAVENTE INMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GRACIA JOSA SONIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· PIRVULESCU MARIANA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GASCA BEL LORENZO. CELADOR/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
El centro de salud de Alcañiz está certificado desde el año 2016 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
IMÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
Indicadores programa de diabetes
Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos).
Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo
Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva

Proyecto: 2016_1495 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NDICADORES
Mantenimiento de la certificación ISO
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
Mayo: revisión por la dirección
Junio-Septiembre: auditoría interna
Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todos los pacientes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1519 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS DERIVACIONES A ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... TOMAS GROS MORELLON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUALLAR BLASCO ALEJANDRO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MOLINS GASCON AURORA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO VILLAGRASA MONTSERRAT. MATRONA. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE PEREZ CARMEN MARIA. MATRONA. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· HURTADO LOPEZ CARMEN. MATRONA. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Al revisar los outputs del centro de salud de Alcañiz nos hemos encontrado con el dato de que estamos por encima del estándar en cuanto a las derivaciones de pacientes a especializada. El análisis de las derivaciones muestra varias consultas que derivan más pacientes que la media del sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Aumentar la eficiencia en la derivación de pacientes a atención especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Implantación de la interconsulta virtual
Revisión de los motivos de derivación más frecuentes a las especialidades más demandadas, sobre todo en los cupos más derivadores, realizando formación en los aspectos que pudieran ser derivaciones evitables.
Implantación de la realización de citologías/VPH en la consulta de matrona del centro de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Índice de eficiencia en derivaciones ajustado por ACGs
Tasa de derivaciones por cada 100 TIS
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Mayo: Formación en el manejo de la interconsulta virtual
Mayo: Iniciación de la interconsulta virtual en las 6 primeras especialidades: Cardiología, Neurología, Digestivo, Endocrinología, Nefrología y Rehabilitación.
Junio: Implantación de la interconsulta virtual, Neumología, Medicina Interna, Reumatología, Urología y Cirugía General.
Evaluación de indicadores con la periodicidad que se informen los indicadores referidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2016_1521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

2. RESPONSABLE ..... SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOLINS GASCON AURORA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO BLASCO JOSE LUIS. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· BLANC EMPERADOR CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANZ PEREZ ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VILLANOVA ALTABELLA ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHO VELILLA ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas

Proyecto: 2016_1521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1522 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPOS BERNAL ALBA MARIA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BLANC EMPERADOR CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANZ PEREZ ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VILLANOVA ALTABELLA ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHO VELILLA ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN PERTINENCIA DEL PROYECTO

El elevado volumen de pacientes indemorables que no son urgencias médicas es un problema asistencial de primer orden.
La información a la población y la coordinación entre estamentos profesionales con un mensaje unificado puede contribuir a que los usuarios usen mejor el centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS DEL PROYECTO
Mejorar la calidad de la asistencia mediante el correcto manejo del paciente sin cita en el centro de salud.
3 Informar a la población del correcto funcionamiento del los servicios del centro
4 Concienciar y corresponsabilizar sobre el uso correcto a los pacientes que solicitan consulta indemorable
5 Mejorar la calidad de las consultar disminuyendo los indemorables

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES Y OFERTA SERVICIOS Elaboración de procedimiento de asistencia al paciente indemorable que contendrá los siguientes aspectos:
6 Citar al paciente que demanda por un motivo burocrático en la agenda habitual de su médico
7 Explicar por parte de la unidad administrativa qué es una cita indemorable. Se creará un folleto explicativo para repartir por los administrativos
8 Si a pesar de todo se le cita al paciente para ser atendido en ese mismo día se anotará en observaciones de la cita que el paciente ha sido informado y se le ha entregado el folleto explicativo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
% pacientes con cita indemorable antes y después de la intervención.
Análisis de las agendas de dos meses antes de la intervención, y análisis de las agendas de dos meses tras la intervención en la misma estación del año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Junio: Elaboración del procedimiento y del folleto
Junio: Medición de % de indemorables en los meses de Febrero-Marzo
Julio-Diciembre: Implementación del procedimiento
Enero 2018: Medición de % de indemorables en los meses de Noviembre-Diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1522 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1608 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUILAR JULIAN MARTA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SHEILA NAYA PUERTO. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales y planes cuidados y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión con dos cupos que bajan del 20%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales
- Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Septiembre: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- septiembre: Sesiones clínicas sobre tabaquismo, doppler, pie diabetico y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter bimensuall se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cronicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1612 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS Y DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLANO JUSTE ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· NAYA PUERTO SHEILA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO BALLONGA MARIA PILAR. TCAE. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· FOZ ANDREU CARMEN. TCAE. CS ALCAÑIZ. ODONTOESTOMATOLOGIA
· GRACIA JOSA SONIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No es infrecuente que tengamos problemas en urgencias para conseguir equipos de sutura adecuados. Con frecuencia el material de buena calidad desaparece para realizar curas en domicilio y en urgencias queda el material de menor calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disponibilidad permanente en urgencias de equipos de sutura adecuados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se elaborará un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pinzas de Adson de dientes finos y porta.
- Cada kit de sutura estará marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que existirá un equipo azul, rojo… los tres componentes de cada kit se embolsarán juntos
- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprobará la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes. En caso de faltar alguno de los componentes se dará aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es
preciso con reunión de equipo.
- La disponibilidad o ausencia de los kits se registrará de Lunes a Viernes en un formato específico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: determinación de número de kits de sutura. Solicitud de material si se precisa. Marcado con cintas de las piezas de los kit de sutura. Elaboración de registro de kits disponibles.
Junio: Información al equipo de la sistemática
Evaluación: Enero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANCHEZ CELAYA DEL POZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO ORRIOS FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· BONDIA HERRERO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· ADRIAN MONFORTE ESTRELLA. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GRACIA RAQUEL. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· GIL VALERO CARLOS PASCUAL. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la resolución de 16 de marzo de 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, la Direccion Gerencia del Servicio Aragones de Salud y la Dirección General de Salud Publica por la que se dictan instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria en los centros docences de la Comunidad Autonoma de Aragón, surge la problemática de que se " organizará un equipo capacitado para realizar en el centro la atención inmediata en caso de urgencia". Desde la jefatura de estudios del Instituto de Educación Secundaria de la localidad, se nos pide ayuda a los facultativos del centro de salud para formación de los docentes y adquisicion de capacidades

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Formación de un equipo docente que sea capaz de atender de forma eficiente las situaciones de urgencia que puedan presentarse en el día a día de un centro educativo, siguiendo el reglamento vigente en Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán talleres en horario de tarde con la temática prevista en dicho reglamento: situaciones de emergiencia previsibles.
La docencia constará de parte teórica con diapositivas y parte práctica con maniquíes, casos clínicos... Se hará una reunión en el centro de salud para informar a la plantilla, escoger profesionales que darán cada una de las partes y se establecerá feed back con el responsable del centro educativo para fijar fechas y lugar de los talleres; así como publicitar la actividad entre los docentes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- cuestionario satisfacción al finalizar los talleres
- cuestionario conocimientos adquiridos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración 6 sesiones (una sesión / semanal) de aprox 4 horas de duración cada una; durante el mes de marzo / abril de 2017.
1.- Emergencia por ataque asmático
2.- Emergencia por anafilaxia o reacción alergica grave
3.- Emergencia en el niño diabético, hipoglucemia
4.- Emergencia por convulsiones / epilepsia. Síncope, mareo, cefalea
5.- Heridas, contusiones, traumatismos
6.- Reanimación cardiopulmonar básica, atragantamiento.

9. OBSERVACIONES.
necesidad Maniquí de reanimación básica disponible en el centro de salud
Fichas, material por escrito para repartir a los asistentes
proyector y ordenador para las diapositivas
material médico del centro (inhaladores, medicaciones...)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias y Emergencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· CALVO ORRIOS FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· ADRIAN MONFORTE ESTRELLA. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· GIL VALERO CARLOS PASCUAL. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ TENA MARIA GORETTI. PEDIATRA. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN MARTIN JORGE. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- Desde la empresa encargada de Prevención de riesgos laborales de la las cuadrillas de forestales rurales de nuestra zona básica de salud (ZBS) detectan que existe un déficit de formación en primeros auxilios en sus trabajadores y se propone a un miembro del EAP mejorar ese déficit.

En el EAP de Alcorisa no existe la cultura de realizar actividades de comunitarias y aprovechamos esta oportunidad para mejorar en este aspecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de primeros auxilios en el colectivo profesional de forestales de nuestra ZBS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se proponen una o varias sesiones formativas en primeros auxilios destinadas a los forestales de nuestra zona básica de salud.

Las sesiones constarán de una parte teórica y otra eminentemente práctica. Se impartirán por miembros del equipo de salud de Alcorisa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará un encuesta de valoración una vez realizada las sesiones de formación para ver el grado de satisfación y aprendizaje por parte de los asistenrtes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Está previsto comenzar en el mes de octubre y realizar dos sesiones de 5h de duración.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion sana, prevención.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... JORGE MARTIN MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MALLEN CLARAMONTE MARGARITA. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales, los planes de cuidados de enfermería y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcorisa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo:
Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
Mayo:
Presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio:
Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017:
Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención al paciente crónico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001: 2016 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ CELAYA CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud de Alcorisa está certificado desde el año 2014 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento de la certificación ISO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos).
Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
Mayo: revisión por la dirección
Junio-Septiembre: auditoría interna
Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

Proyecto: 2016_1370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001: 2016 EN ATENCION PRIMARIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ORGANIZACION INTERNA EQUIPO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADRIAN MONFORTE ESTRELLA. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcorisa hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcorisa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1487 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NUEZ GINES MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
-Mayo-Junio: sesiones clínicas
-Mayo: adaptación de agendas
-Revisión periódica de indicadores
-Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. .
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0404 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA GARCIA LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ SAURAS SUSANA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· GALVE CIERCOLES ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La diabetes es la enfermedad crónica por excelencia y la prevención de sus complicaciones asociadas un reto para la atención primaria. En especial hay dos puntos importantes que creemos que debemos mejorar y asegurar: la educación a los pacientes y la evaluación del pie diabético:

- Los pacientes con diabetes necesitan tener la información adecuada sobre su enfermedad para tomar decisiones y lograr un buen control. La educación grupal se ha demostrado como una herramienta útil para el cambio de comportamiento, aumentar o reforzar los conocimientos sobre diabetes, utilizando la experiencia del grupo como referente. En nuestro centro solo se trabajaba la educación individualizada por lo que se considera interesante implantar este sistema de educación en grupo.

- La cobertura de exploración del pie diabético en general, y la evaluación vascular periférica en los pacientes mayores de 50 años que se recomienda en las guías también es un punto a mejorar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1º Que los pacientes adquieran conocimientos sobre su diabetes o refuercen los que ya tienen, para que tomen decisiones correctas y mejoren sus resultados en salud.

2º evaluar si la educación grupal mejora los resultados de los pacientes, monitorizando parámetros objetivos de hba1c, colesterol, ta, peso...

3º. Mejorar la cobertura de evaluación del pie diabético y de la exploración con índice tobillo brazo en los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- EDUCACIÓN GRUPAL. Se seleccionará un grupo de entre 15/18 pacientes y/o su esposa/familiar, en principio que tengan glucómetro, por cupo. La enfermera de referencia seleccionará a los integrantes. Se impartirán 4 sesiones:

o 1ª que es la diabetes y complicaciones

o 2ª alimentación en pacientes con diabetes.

o 3º tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2

o 4ª sesión relación entre ejercicio/alimentación/autocontrol de glucemia capilar.

- PIE DIABÉTICO. Creación de consulta monográfica de pie diabético. Se derivarán a esta consulta los pies de riesgo alto y también los pacientes con indicación de evaluación de índice tobillo brazo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- EDUCACIÓN GRUPAL:

o Se realizará un cuestionario previo y posterior para valorar la ganancia de conocimientos.

o Satisfacción de los usuarios con el curso y sugerencias de mejora

o Comparación antes-después de los siguientes parámetros y controles: glucemia, hba1c, colesterol, hdl, ldl, triglicéridos, ac urico, gfr, creatinina, ta, peso, diámetro cintura, imc, vag, vat, tabaquismo, fondo ojo, exploración pies, ecg, hipoglucemias, cumplimiento tratamiento...

- EXPLORACIÓN DE PIE:

% de pacientes con riesgo del pie evaluado

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años a los que se ha realizado índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- EDUCACIÓN GRUPAL: 4 sesiones, 2 por semana, de 60 minutos.

Proyecto: 2016_0404 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Cronograma 2017:

Junio: cupo Ariño, Septiembre cupo Dr Perez Casanova (Alloza), Octubre cupo dr. Martinez (Oliete), Noviembre 1º quincena cupo Dra Trillo (Andorra), 2ª quincena Dra Hernandez (Andorra) diciembre cupo Dr mesa (Andorra) pendientes en 2017 resto de cupos. El proyecto no tiene fecha fin ya que el objetivo es llegar a toda la población de diabéticos de la zona de salud de Andorra, y, una vez que se les haya impartido este primer curso, continuar con otro un nivel mayor de conocimientos.

- CONSULTA MONOGRÁFICA PIE DIABÉTICO. Inicio Julio 2017

9. OBSERVACIONES.
Un objetivo indirecto es la implicación de todos los profesionales del equipo. El médico y la enfermera de referencia serán los organizadores y los que propongan a los pacientes al grupo. El médico de referencia de cada cupo, será el responsable de la formación sobre tratamiento farmacológico y la enfermera del cupo la responsable de la monitorización de las variables a estudio para valorar cambio de hábitos. Dos enfermeras formadas en educación grupal en diabetes serán las responsables del resto de sesiones.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0420 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL I.E.S. DE ANDORRA

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT EGEA CANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· TRILLO SALLEN ESTHER. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DESDE EL CENTRO DE SALUD SE DETECTO UN MAL USO DE LA PÍLDORA POS-COITAL ENTENDIENDO ESTO COMO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y NO UN RECURSO DE URGENCIA, CON UN PERFIL DE DEMANDANTE ADOLESCENTE DE ENTRE 15 Y 18 AÑOS. EN LA COMARCA SE ESTABA DESARROLLANDO UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA PABLO SERRANO DE LA LOCALIDAD, POR LO QUE A TRAVÉS DE ESE PROGRAMA SE DESARROLLO UN TALLER AFECTIVO SEXUAL PARA TRABAJAR EN EL AULA CON LOS CHICO/AS DE 2º Y 4º DE LA ESO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1º AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON LAS RELACIONES SEXUALES
2º PROPORCIONAR INFORMACIÓN FIABLE SOBRE LA SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES.
3º ACERCAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LOS ADOLESCENTES PARA QUE NOS VEAN COMO PROFESIONALES DE AYUDA Y ASESORAMIENTO Y ENCUENTREN UN PROFESIONAL DE APOYO EN CASO DE DUDAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
DE REALIZAN 2 SESIONES POR CURSO (2º Y 4º DE LA ESO) UNA POR SEMANA, PREVIAMENTE SE HA COORDINADO CON EL EQUIPO DE DOCENTES LAS FECHAS ELEGIDAS PARA LA ELABORACIÓN DEL TALLER.
SE REALIZA EL TALLER COMBINANDO TEORÍA A TRAVÉS DE UN POWER POINT Y DINÁMICAS GRUPALES PARA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS Y TALLERES PRÁCTICOS DONDE PUEDAN VER DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PREVIAMENTE LOS TUTORES REALIZAR UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIO PARA SABER QUE NIVEL DE CONOCIMIENTOS TIENEN LOS CHAVALES. Y AL TERMINAR EL TALLER REALIZAN EL MISMO CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE CONOCIMIENTOS
TAMBIEN SE LES PASA UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION, PARA EVALUAR SI EL TALLER LES PARECE ADECUADO O NO Y ROPONER CORRECCIONES AL RESPECTO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LOS TALLERES SE DIRIGEN A LOS CHAVALES DE 2º Y 4º DE LA ESO, SE DESARROLLAN DURANTE EL CURSO ESCOLAR Y LAS FECHAS SE PLANTEAN EN FUNCIONA DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS TUTORES Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS. PARA ESTE CURSO ESCOLAR 2016-2017, SE PLANTE ADEMAS INTERVENIR SOBRE LOS ESCOLARES DE 3º DE LA ESO YA QUE EL AÑO ANTERIOR NO PUDIERON ASISTIR. FECHAS PREVISTAS FINALES 2º TRIMESTRE CURSO ESCOLAR (FEBRERO)

9. OBSERVACIONES.
ESTE TALLER TIENE EL APOYO DE UN MEDICO RESIDENTE YA QUE ES UNA OBJETIVO DE SU FORMACIÓN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.
ESTE PROYECTO ES UN PROYECTO MULTIDISCIPLINARIO, CON LA COORDINACIÓN DE DIFERENTES ENTIDADES SERVICIOS SOCIALES COMARCA ANDORRA SIERRA DE ARCOS, CRUZ ROJA ANDORRA ADEMAS DEL IES PABLO SERRANO Y EL PROPIO CENTRO DE SALUD DE ANDORRA.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAQUE BIELSA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LAGAR GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· EGEA CANO MONSERRAT. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA MONSERRAT. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una de las incidencias más frecuentemente recogidas en la sala de urgencias es la falta de material quirúrgico a la hora de suturar heridas, sobre todo las pinzas, teniendo que suturar con frecuencia con material inadecuado. La causa es que el personal se abastece de las pinzas de sutura cuando sale a los domicilios.
Además, la auditoria externa de ISO nos encontró material caducado y tenemos que revisar periódicamente la caducidad del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disponer de sets de material de sutura de forma permanente en el servicio de urgencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de cinco sets de sutura compuestos de: pinzas de Adson con dientes, porta y tijeras. Cada set está marcado con un color distinto (equipo rojo, verde, azul…)
- Verificación cada mañana de la disponibilidad de los cinco equipos de sutura así como de su integridad en el caso de que hayan sido usados (Creación de formato al efecto
- Verificación mensual de la caducidad de la esterilización del material quirúrgico disponible en urgencias (formato PO-03-4_AL(P)E)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% DÍAS EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
% MESES EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LA CADUCIDAD DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
NÚMERO DE INCIDENCIAS POR FALTA DE MATERIAL QUIRÚRGICO EN EL AÑO EN CURSO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero- Febrero: Elaboración de sets quirúrgicos
Enero-Febrero: Elaboración de hoja de registro
Febrero-Diciembre: Implantación de la hoja
Enero 2018: Evaluación

9. OBSERVACIONES.
DESDE QUE SE HA IMPLANTADO ESTE SISTEMA EL ORDEN EN URGENCIAS HA MEJORADO Y SE HA CONSEGUIDO QUE NO DESAPAREZCAN LOS EQUIPOS O APARATOS DE URGENCIAS. CASI TODOS LOS PROFESIONALES PARTICIPAN EN EL CHEKING Y LOS MALETINES SE MANTIENEN TANTO SU REVISIÓN COMO LA REPOSICIÓN EN CASO DE LO QUE SE USA.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
intentar resolver dudas que las madres/padres tienen sobre la crianza de los bebes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Vivencia positiva de la materdidad /paternidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
masaje para el bebe (3 /4 dias)
charlas:
Desarrollo del bebe hasta el 1º año de vida
Alimentación complementaria
Taller de 1º auxilios
conocimiento de suelo pelvico en la mujer

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de conocimiento, evaluacion al principio y al final
Satisfacion de las madres/padres, encuesta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde octubre de 2016 a octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LAGAR GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MOJONERO ANTEQUERA JUANA. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· REPOLLES PERALTA PATRICIA. MATRONA. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LAHOZ MACIPE CONCEPCION. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ SESMA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco

- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando

- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN FERRER BUJ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MOJONERO ANTEQUERA JUANA. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LAGAR GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ SAURAS SUSANA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· TRILLO SALLEN ESTHER. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
CADA VEZ ES MAS NECESARIA LA FORMACION EN PRIMEROS AXULIOS Y EN RCP, Y LOS DOCENTES Y CUIDADORES DE ENFERMOS DE NUESTRA ZONA DE SALUD ASI SON SOLICITARON AL CENTRO DE SALUD. ANTE UNA URGENCIA LA FORMACION EN RCP PUEDE SER DECISIVA PARA LA VIDA DE LA PERSONA, POR LO QUE LA FORMACION A LA COMUNIDAD ES CLAVE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
DAR FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIAS A LOS COLECTIVOS QUE ASI LO SOLICITEN.
Adquisición de conocimientos de las técnicas de primeros auxilios
Aplicación de las técnicas, habilidades y actitud ante una situación de emergencia vital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Contenidos de la formación: Valoración inicial de la Urgencia y Emergencia vital previsible y no previsible.Soporte Vital Básico. Uso del Desfibrilador Semiautomático.
Actuación ante la Urgencia y Emergencia según normativa vigente de la SEMFYC. 4 Sesiones de 2'5 horas por sesión. con un mínimo de 10 particiantes por grupo.Las ponencias constan de una parte de contenido teórico y otra parte en la que se realizarán prácticas para saber actuar en caso de Urgencia/Emergencia
Los contenidos se adaptaran en función del grupo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación de conocimientos: con un cuestionario previo y otro posterior.
Indicador: numero de personas con intervención en educación a grupos en primeros auxilios. (actividades de enfermería en OMI)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizaron dos curso el pasado 2016:
- dirigido a escolares:del colegio Manuel Franco royo 28 de enero
- dirigido a docentes del IES Pablo Serrano de Andorra, del 14 de Abril al 12 de mayo.
Para este año esta previsto:
- dirigido a docentes del IES Bajo Aragón de Alcañiz: del 14 de febrero al 8 de marzo.
- dirigido a cuidadores de enfermos en la localidad de Ariño: 6 y 7 de marzo (intensivo)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. actividad preventiva
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La gran mayoria de los pacientes de esta poblacion son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminucion de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.
Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas
de producir procesos hemorragicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la reduccion de la sintesis hepatica de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K.
En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse.
Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, habitos dietéticos, nuevas medicaciones ..... es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento
El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis,qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud .
Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES
Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal
Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente
OBJETIVOS ESPECIFICOS
Mejorar los conocimientos sobre restricciones dieteticas
Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom
Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales (olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirurgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)
Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, sintomas neurologicos...)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos
Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)
Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervencion
Todos los pasos se realizaran en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizacion de RIN antes del inicio de la intervención
test pre y post intervención
realizacion de RIN despues de la intervención (a los 0, 3, 6 y 12 meses)
Se realizará una nueva intervención educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN
Se considerará que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso racional del medicamento

Proyecto: 2016_1466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· LAHOZ MACIPE CONCEPCION. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas.
La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9’30 a 9’45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
% de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
% de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
% de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

9. OBSERVACIONES.
De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día.
Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1710 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. COORDINACION DE ENFERMERIA
· TRILLO SALLEN ESTHER. MEDICO/A. CS ANDORRA. FORMACION
· HERNADEZ RODRIGUEZ TRINIDAD. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· GALVE CIERCOLES ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· NUEZ GINES MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ANDORRA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud de Andorra está certificado desde el año 2015 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
o Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
o Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_1710 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Mantenimiento de la certificación ISO
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
- Mayo: revisión por la dirección
- Junio-Septiembre: auditoría interna
- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
estas actividades se realizan a lo largo del año de forma sistematizada en el propio centro.

9. OBSERVACIONES.
POBLACIÓN DIANA
•EDAD. Todas las edades
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: todos los pacientes
LÍNEA ESTRATÉGICA
Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevención de riesgos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL GUILLEN MARIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTA GIL MOLINOS. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace tiempo se vienen detectando en nuestro centro de salud problemas puntuales de desabastecimiento de determinados fármacos y materiales que pueden retrasar e incluso comprometer la prestación de una atención eficaz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Asegurar el suministro de materiales y fármacos. Controlar las caducidades de los materiales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

* Implantación de los procedimientos de gestión de almacenes y botiquines del sector Alcañiz:

o Establecimiento de stock mínimos en almacén del centro y consultorios

o Implementación del formato de rotura de stock

o Implementación de sistemática de revisión mensual de caducidades

o Implantación de un formato de solicitud de materiales/fármacos para abastecimiento de consultorios

* Se visitará el centro de salud de Alcañiz donde se mostrará la sistemática de funcionamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Nº meses en los que se cumplimenta la hoja de revisión de caducidades

* Registro de incidencias de desabastecimiento

* Auditorías de botiquín por farmacéutica del sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
* Mayo: visita al centro de salud de Alcañiz

* Junio: determinación de stock mínimos y revisión de caducidades. Formación al personal.

* Enero 2018: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1356 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

2. RESPONSABLE ..... MARTA GIL MOLINOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN MARIN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· ALCAINE PARICIO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ OBON JOAQUIN. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· GINER SANCHO ANA LUISA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· MADRONA ELENA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· BUÑUEL PELLICER MARI LUZ. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con motivo de la celebración del Día Internacional del lavado de manos 2016, surge la iniciativa a nivel de sector de la posibilidad de realizar un taller de lavado de manos en la población escolar. A título voluntario, algún profesional del centro de salud, acude a los tres colegios que forman parte del CRA Matarraña a impartir los talleres, siendo un éxito tanto la participación infantil como la colaboración por parte del profesorado.

Por este motivo, se decide emprender este proyecto, y que en esta ocasión pretende abarcar los colegios de toda la zona básica de salud, incluyendo a los dos CRAs que lo forman (CRA Matarraña y CRA Algars).

El proyecto está destinado a niños en edad escolar preferiblemente de educación infantil, siendo posible su extensión a alumnos de educación primaria si se observan cambios en el alumnado de un año a otro.

Se elige como prioritario al alumnado de educación infantil porque comprende a los alumnos nuevos del centro escolar, ya que los de educación primaria asistieron al primer taller realizado.

En el CRA Algars que no conocen la actividad se incluirá a todos los alumnos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Concienciar a la población infantil sobre la importancia de tener unas manos limpias y su efecto sobre la prevención de enfermedades.

Conseguir que los niños aprendan una buena técnica de lavado de manos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto por el que quede constancia de la atención comunitaria que se va a realizar. En una segunda fase, y a ser posible, coincidiendo con las fechas próximas al Día del lavado de manos (en Octubre), realización de los talleres en los diferentes colegios de la Zona de Salud. Y una tercera fase, de evaluación de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de los talleres que consista en una comprobación in situ de que se mantiene el material aportado a los colegios por nuestra parte (carteles con los pasos para una correcta higiene de manos).

El taller con los alumnos consistirá en una parte teórica sobre la importancia de mantener unas manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos

y la técnica de lavado de manos; y una parte práctica en la que los alumnos podrán comprobar si su lavado de manos ha sido efectivo con la utilización de un producto de base alcohólica tratado con reactivo y una lampara ultravioleta que dejará a la vista las zonas en las que no haya llegado el producto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta en cuántos colegios de los que se realice la actividad mantienen los carteles con los pasos del lavado de manos, datos que pondrán de manifiesto el interés del centro en esta actividad, y en el caso de que los carteles ya no estén puestos, que se especifique el motivo de su retirada.

Con los datos obtenidos se podrán sacar conclusiones, y cuestionar si se continúa o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: Elaboración del proyecto

Octubre: desarrollo de los talleres

Proyecto: 2016_1356 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

Enero 2018: Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SALUD ESCOLAR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1574 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ANA LUISA GINER SANCHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL MOLINOS MARTA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 24,9 % de los puntos del contrato, una puntuación muy baja. Si analizamos por cupos observamos que hay dos cupos con resultados inferiores al 10%, obteniendo uno de ellos un resultado de 0%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Calaceite.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora

- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)

- Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

- Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.

- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

- Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

- Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_1574 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

2. RESPONSABLE ..... CLEMENTE MILLAN GINER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado del 31,87% de los puntos posibles, un resultado con evidente potencial de mejora. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Calaceite.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos. Especial atención a la cobertura de hemoglobina glicada, determinación del riesgo cardiovascular e indicadores de prescripción.

- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica y de tabaquismo

- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

- Junio-Noviembre: desarrollo de sesiones clínicas sobre los aspectos seleccionados en las reuniones

- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

- Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1367 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA CHAMOCHO OLMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ALMALE ALFREDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ FELEZ CARLOS. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· GAUTHIER ALFARO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el EAP de Calanda no existe la cultura de realiza actividades para promover la educación sanitaria a grupos de enfermos crónicos, motivada por el ámito rural y tamaño del equipo que hace que se tienda másа actividades educativas de tipo individual. El año pasado se comenzó a realizar una actividad similar a est, con buen resultado, pero que en el análisis se vió que necesitaba ser mantenida y mejorada.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en la calidad en el EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Activación del EAP en relación con la Mejora de la Calidad.
Mejorar el conocimiento de su enfermedad en el grupo de los diabéticos tipo 2
Mejorar el nivel de la salud en los diabéticos tipo 2

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un ciclo de cuatro sesiones informativas dirigidas a los pacientes diabéticos tipo 2 de la Zona de Salud de Calanda. El número de participantes será de 15-20 personas. Se realizarán con carácter semanal y con una duración de una ora. Cada una de ellas será realizada por un miembro distinto del equipo, aunque su preparación será realizada por todos los miembros del equipo participantes en el proyecto.
La temática de las sesiones será:
Qué es la diabetes
Tratamiento dietético y ejercicio
Tratamiento farmacológicos. Insulina
Cuidados en el paciente diabético

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación inicial de conocimientos
Evaluación al finalizar el cursillo
Control de asistencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2017: Realización del cursillo
Abril 2017: Evaluación de la actividad realizada

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL LLORCA CAMARASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MALLEN MATEO SARA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· GAUTHIER ALFARO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· CHAMOCHO OLMOS ELVIRA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

Se da la circunstancia de que el centro tiene un espirómetro con jeringa de calibración que en estos momentos no se está utilizando.

Por otra parte el programa de atención integral a la diabetes de Aragón recomienda la realización de un índice tobillo-brazo cada 3 años a los pacientes diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes. Se ha comprado un doppler vascular y estamos en fase de implantación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años

- Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

- Realizar espirometrías de modo fiable en nuestro centro de salud

- Evaluar a los pacientes diabéticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Rotación de un enfermero en las consultas de pruebas funcionales de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.

- Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro

- Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

- Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

% pacientes diabéticos mayores de 50 años y menores de 80, de más de 10 años de evolución de la diabetes a los que se ha realizado un índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Formación en el manejo de los aparatos ya realizada

- Junio: sesión sobre consejo antitabáquico

- Junio-Diciembre: Implementación del programa

- Cada cuatro meses: análisis de los indicadores de resultados con los informes proporcionados por el sector.

- Enero 2017: evaluación final

Proyecto: 2016_1442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FUMADORES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ FELEZ CARLOS. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ALMALE ALFREDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS MUÑIO RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· BARDAJI RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· JUNCOSA FANTOVA FERNANDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud de Calanda está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;

- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.

- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento

- Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar . Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial y sesión clínica Dejar de hacer para poder hacer (sesión clínica)

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

Proyecto: 2016_1443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

9. Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

10. Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

11. Cuando procede somos auditados externamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

- Mayo: revisión por la dirección

- Junio-Septiembre: auditoría interna

- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑAS MUÑIO RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· GAUTHIER ALFARO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LLORCA CAMARASA MIGUEL. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MALLEN MATEO SARA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ FELEZ CARLOS. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro

- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas

- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa

- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD

- Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN LA PROVINCIA DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA JIMENEZ SESMA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIMON MELCHOR ALBA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA
· ALCAINE PARICIO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA
· SOLANO CASTAN JAVIER. FARMACEUTICO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por ser una patología de larga evolución e invalidante en la mayoría de los casos, dificultando al individuo la realización de las actividades de la vida diaria.
El cuidador principal es el que asume la responsabilidad integral de la atención y cuidado del paciente con Alzheimer.
Esta atención puede sobrepasar la propia capacidad física y mental del cuidador, dando lugar a la sobrecarga del cuidador, pudiendo dar lugar a situaciones como claudicación familiar, abandono del cuidado e incremento de los costes en el sector sanitario público y privado.
Para reducir el impacto del Alzheimer se considera imprescindible ofrecer una formación completa acerca de esta patología a la población general, especialmente a los cuidadores. Una mayor implicación de estos puede favorecer su diagnóstico precoz, aumentando su esperanza y calidad de vida. Las asociaciones de enfermos de Alzheimer son un importante apoyo para llevar a cabo técnicas de educación sanitaria.
Los métodos que hemos utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas y proponer acciones de mejora han sido a través de Brainstorming y Grupo Nominal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal de enfermos de Alzheimer en la provincia de Alcañiz e intervenir para disminuirla, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.
Objetivos específicos:
- Medir el grado de sobrecarga subjetiva del cuidador mediante la escala de valoración de Zarit (< 47 puntos indica no sobrecarga, 47-55 puntos es una sobrecarga leve, > 55 puntos nos confirma un nivel de sobrecarga intensa).
- Conocer las vivencias y preocupaciones de los cuidadores principales.
- Diseñar un programa psicoterapéutico según las necesidades de los cuidadores para formarles y ayudarles en el cuidado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del Cuidador y cuidados de los enfermos de Alzheimer.
- Identificar las Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer del sector Alcañiz para seleccionar los participantes del proyecto.
- Contactar con los participantes por teléfono, explicarles la finalidad del estudio y solicitar su consentimiento informado.
- Realizar una entrevista semiestructurada y aplicar la escala de Zarit.
- Transcribir y codificar los datos obtenidos en la escala y entrevista mediante los programas estadísticos SPSS y MXQDA.
- Diseñar el programa psicoterapéutico.
- Realizar 5 talleres grupales a cuidadores basados en: úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, manejo de la medicación, recursos sociales de la comunidad.
- Realizar de nuevo la escala de Zarit al finalizar los talleres.
- Analizar los resultados de las escalas de Zarit al inicio y final del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de cuidadores seleccionados de cada asociación*100/Nº de cuidadores participantes en el programa. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit previo a los talleres*100/Nº de cuidadores a los que aplicamos el Zarit tras los talleres. Estándar 100%.
- Nº de talleres programados*100/ Nº de talleres realizados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de Zarit < 47 puntos (no sobrecarga) previo a los talleres /Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de Zarit < 47 puntos tras los talleres. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 puntos (sobrecarga leve) previo a los talleres *100/ Nº de cuidadores con un Zarit entre 47-55 puntos tras los talleres.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 puntos (sobrecarga intensa) previo a los talleres *100/Nº de cuidadores con un Zarit > 55 puntos tras los talleres.

Proyecto: 2016_1528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN LA PROVINCIA DE ALCAÑIZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se está desarrollando desde enero hasta diciembre de 2017, todos los miembros del equipo participan en las actividades.
- Búsqueda bibliográfica: enero de 2017.
- Identificar y contactar con las asociaciones de Alzheimer: febrero-marzo de 2017.
- Seleccionar de cada asociación los cuidadores para el proyecto: abril-mayo de 2017.
- Solicitar la firma del consentimiento informado para participar en el estudio: mayo de 2017.
- Realizar la entrevista y aplicar la escala de Zarit a cada cuidador: mayo-junio de 2017.
- Transcribir los datos mediante los programas SPSS y MXQDA: julio de 2017.
- Diseñar el programa psicoterapéutico: agosto de 2017.
- Realizar los 5 talleres grupales: septiembre-octubre-noviembre de 2017.
- Aplicar de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores tras los talleres formativos: noviembre de 2017.
- Analizar los resultados mediante indicadores y formular propuestas de mejora: noviembre-diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Mejora de autonomía y responsabilidad del cuidador. Educación para la salud.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1781 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA CHAMOCHO OLMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LLORCA CAMARASA MIGUEL. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MALLEN MATEO SARA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· GAUTHIER ALFARO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras varias reuniones, coincidiendo con cambio directivo del colegio, nos plantean la necesidad por parte de equipo docente de realizar unas sesiones formativas en materia sanitarias. Se decide que desde la escuela es una forma sencilla y accesible para iniciar una intervención/ colaboración en temas sanitarios

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar y dotar a los docentes y alumnos de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar situaciones de emergencia
Implicar a los niños en su autocuidado en salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se inicia primero con los docentes, y luego con los alumnos ya que es una actividad con continuidad en el tiempo.
Para los docentes en el 2017 y 2018: Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos
Temas previstos 2017:
Que hacer en una hipoglucemia.
Que hacer en caso de atragantamiento
Que hacer en caso de epilepsia
Que es una urgencia y emergencia
Golpe de calor
Rcp
Se prepara cada tema de acuerdo a la edad a la que va a ser impartido

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras cada sesión se pasará una encuesta del proceso de formación (Formato PR-08SA revisión A) a todos los asistentes para valorar

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. varios temas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0161 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALESA ALBALATE ALBERTO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MALLEN MATEO SARA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ FELEZ CARLOS. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· BORRAZ MIR PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PELLICER GARCIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Distintas investigaciones demuestran que los roles sexuales son ambivalentes y no seimbre se ajustan al cambio social, pero esto no se corresponde con los comportamientos reales ante la formacion de la familia y la corresponsabilidad en las tareas domésticas. Respecto a la violencia de género, la macro encuesta sobre la violencia de género en Aragón muestra que un 19.6% de las mujeres maltratadas se situan en franda de 18-29, pudiendo actuar antes de los 18 concienciando en los institutos sobre la importancia de estos estigmas sociales.
En general, y sobre todo en la adolescencia, los jóvenes consideran que este tipo de relaciones y situaciones solo se dan en edad adulta, que “es cosa de mayores”. Sin embargo, la violencia se presenta en todo tipo de relaciones, independientemente de la edad, de forma que es frecuente que las relaciones basadas en la violencia se inicien en edades tempranas, y que desde el principio esta sea una de sus características, o incluso en ocasiones, la principal.
Por otro lado se observa que los jóvenes, y en mayor medida, los de menor edad, no identifican las conductas de abuso psicológico.
Conductas del tipo de coacción, celos, insultos e incluso zarandeos, agarrones o golpes menores, no son considerados maltrato. Cuando piensan en Violencia de género, piensan en agresiones de carácter grave, en palizas y en daños que afectan a la integridad física. Según Meras (2003), los chicos de instituto y bachillerato esperan que ellas renuncien a sus intereses y a otras relaciones, y que den máxima prioridad a la relación con ellos, minimizando la importancia del uso de según que tipo de violencia. Por su parte las chicas intentaran cumplir las prescripciones del rol femenino tradicional, creen que pueden cambiar o educar a su pareja, responsabilizándose del funcionamiento de la relación, y aceptando los comportamientos de celos como demostración de amor, entre otras cosas, lo que la pondrá en riesgo de implicarse y aceptar relacionespotencialmente violentas. Esto indica que ambos sexos comparten la creencia de que en los casos de violencia lo que ocurre es que los varones tienen dificultades para controlar su agresividad, y que esto es una cuestión hormonal que se debe aceptar.
El presente programa responde por tanto, a la necesidad de seguir trabajando la violencia de género con un grupo poblacional, los jóvenes, que por edad no solo tienden a minimizar la violencia, si no que también se suelen mostrar receptivos a ciertos cambios.

En cuanto a la educación sexual está claro que hoy la sexualidad entra de modos distintos en las instituciones educativas y nuestro objetivo es darle un enfoque médico y científico para poder prevenir tanto enfermedades de transmision sexual como embarazos no deseados y asi mejorar la calidad de la salud reproductiva en la poblacion diana, incluyendo otras formas de entender la sexualidad, pretendidamente ignorada, como homosexualidad, para asi pretender vivir la sexualidad de una manera honesta y respetuosa, evitando situaciones de riesgo, abuso y exclusión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sensibilizar a los jóvenes de la magnitud del problema que nos atañe en violencia de género.
Impulsar una educación en sexualidad abierta, respetuosa de ideas y opiniones y promover el conocimiento intelectual y la transmision de información científica y confiableas acerca de la prevención y disminución de riesgos y de embarazos tempranos, como la construcción paulatina de actitudes, sentimientos, valores y habilidades para el ejercicio de una sexualidad sana, segura, responsable, igualitaria y sin riesgos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SESIONES EN EL INSTITUTO. EDUCACION SECUNDARIA, DE 1º-ESO A 4º-ESO.
SESIONES EN EL INSTITUTO BACHILLERATO.

SESIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL
SESIONES SOBRE PREVENCION VIOLENCIA DE GÉNERO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PRE TEST

EVALUACIONES POST TEST

Proyecto: 2016_0161 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

SESIONES PRÁCTICAS Y ROLL PLAYING

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO ENERO 2017.

FINALIZACION JUNIO 2017

CRONOGRAMA POR DETERMINAR SEGUN

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0018 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION GARCIA ROBRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANJUAN DOMINGO RAQUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ SILVESTRE MANUELA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· VALLE LOBATON JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· COBOS COBOS JOSE MARCELO. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· CHABBAR BOUDET JAVIER. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.
Por estas razones consideramos sumamente importante que el carro de parada debe estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición, y reponer lo que haya utilizado inmediatamente después de su uso, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios en situaciones vitales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Optimizar la atención del paciente ante una urgencia vital
- Mantener ordenado el carro de paradas
- No disponer de material caducado en el carro de paradas
- Fomentar el conocimiento del carro de paradas en todos los profesionales sanitarios del centro de salud
- Revisión del carro de paradas una vez al mes.
- Implicar a los profesionales del centro en el control y mantenimiento del carro de paradas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Control de caducidades
- Eliminación de material caducado
- Revisión, reorganización y etiquetado del material del carro de paradas
- Establecer un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del carro de paradas
- Registro de cada revisión realizada (fecha de revisión, personal que realiza la revisión y firmas, existencias, caducidad y reposición) mediante una hoja de control.
- Registro del material que se extrae mediante una hoja de control, donde el personal sanitario deberá apuntar nombre genérico de medicación, unidades y su firma.
- Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Eliminación del material caducado
- Etiquetado y registro del material almacenado
- Número de revisiones del almacén en 6 meses
- Número de revisiones firmadas del carro de paradas en hoja de control / número total de revisiones programadas
- Registro del material extraído del carro de paradas en hoja de control
- Firmas en hoja de control de material extraído del carro de paradas/ total de material extraído
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfribilador/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- En el mes de Agosto de 2016 se retirará el material caducado y se procederá al etiquetado, además de establecer el turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del almacén.
- Desde Agosto de 2016 hasta Enero 2017 se registrarán las revisiones del carro de paradas, así como la extracción del material del mismo.
- Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del proyecto, y después de forma periódica (cada 3 meses)

Proyecto: 2016_0018 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION GARCIA ROBRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ SILVESTRE MANUELA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· JARQUE MATEO AMPARO. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· PAULO FUERTES ROSARIO ANA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· EDO MALLEN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO ROS EUSEBIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. En algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro y esto puede mejorar. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los nuevos indicadores
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1515 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

2. RESPONSABLE ..... MARCELINO CUCALON LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GRANADA GARCIA PASCUAL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIN ALVAREZ GLORIA. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· MARCO LOSTAL CARMEN. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· ALEGRE HUALDE JOSE LUIS. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· VALLE LOBATON JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· SANJUAN DOMINGO RAQUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1516 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

2. RESPONSABLE ..... EUSEBIO APARICIO ROS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUCALON LAFUENTE MARCELINO. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· COBOS COBOS JOSE MARCELO. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GRANADA GARCIA PASCUAL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIN ALVAREZ GLORIA. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· JARQUE MATEO AMPARO. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja hemos encontrado varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identifica un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercute sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastra el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs
Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
o Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. La dirección de Atención Primaria deberá gestionarlo con el Hospital de Teruel para aquellas derivaciones que se realicen a él.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores

Proyecto: 2016_1516 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedades crónicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COBOS COBOS JOSE MARCELO. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· EDO MALLEN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· VALLE LOBATON JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· PAULO FUERTES ROSARIO ANA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· MARCO LOSTAL CARMEN. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· ALEGRE HUALDE JOSE LUIS. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ SILVESTRE MANUELA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Debido a que los niños pequeños pueden tener dificultades para realizar alguna de las habilidades prácticas, nuestro objetivo es implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencias
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto centros educativos (instituto) y comunidad.
- Adaptar el contenido de las charlas a la edad de los niños

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarluengo y Pitarque.
Lo primero que realizaremos será designar unos responsables de este proyecto. Estos responsables se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo traslade al resto de profesores. Así mismo se acordará también los días que se impartirán los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.
Se prepara un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptará el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo. En general, las charlas a educación infantil no sobrepasarán los 30 minutos, y las del resto durarán una hora aproximadamente.
Se utilizarán diapositivas muy vistosas y se intercalarán videos sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se intentará adecuar el lenguaje a cada edad e intentar que los niños participen.
A los niños pequeños se les enseñará la reanimación sobre un muñeco o peluche de unos 40 cm para que puedan practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él. Los alumnos más mayores deberán practicar sobre maniquíes de entrenamiento.
Los elementos fundamentales que deben constituir los contenidos de la formación son el reconocimiento de la parada cardiaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de una compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.
El contenido por los grupos de edad serán los siguientes:
Grupo 1 (3-6 años).
- Emergencia. Concepto.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?
- ¿Para que sirve?
- ¿Qué me van a a preguntar? ¿ Que tengo que decir?
- ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Practica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años)
- Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atrangantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):
- La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Proyecto: 2016_1523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Se realizará un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Niños participantes /Total de niños del CRA
Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
Profesores asistentes.
Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.
Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre nada, poco, bastante o mucho.
Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de Junio se decidirán los responsables que durante el mes de septiembre se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo.
En los meses de Julio y Agosto se prepará el taller.
En octubre y noviembre se desarrollarán los talleres.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCION
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

2. RESPONSABLE ..... BELEN MORENO COLAS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALVADOR FRAN MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASPE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERRER LOREN JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASPE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los outputs del centro de salud de Caspe hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Caspe

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Variadas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0079 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· COSTA MONTAÑES ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Surge la necesidad de elaboración tras la atención sanitaria de numerosos casos de intentos autolíticos e intoxicaciones agudas en el área del C.S. Caspe.
El centro de salud de Caspe-Chiprana está en el sistema de calidad ISO 9001, con certificación en 2011, recertificación en 2014 y auditorias internas anuales.
En la actualidad no se dispone de ningun maletin específico para el tratamiento agudo de este tipo de patologias, lo que implica demora y posibles olvidos a la hora de preparar el material necesario para asistir estas urgencias, sobre todo si la asistencia se realiza en domicilio.
El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente, pues el objetivo principal es impedir la acción del tóxico sobre el organismo y evitar más daños de los presentados por el paciente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor prónostico.
Si disponemos de un protocolo básico y maletin de atención a las intoxicaciones agudas mejoraremos de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaboración de un protocolo básico de atención a las intoxicaciones agudas en el medio extrahospitalario.
Disponer de un maletin para intoxicaciones agudas para uso común de todo el equipo de atención primaria.
Asegurar la disponibilidad permanente de todos los contenidos del maletin.
Disminuir el tiempo de atención en este tipo de intervenciones y evitar olvidos de material.
Facilitar el procotolo para su posible incorporación a los procedimientos del Sistema de Calidad ISO de equipos de Atención Primaria del sector de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de la bibliografía exitente por el equipo de mejora.
Definir el contenido del maletin para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.
Sesión para poner en conocimiento del equipo de atención primaria el protocolo, la existencia y contenido del maletin y su mantenimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponer de un maletin para el manejo de intoxicaciones agudas.
Registro de incidencias sobre atenciones en casos de intoxicación aguda por parte del equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Revisión bibliográfica: enero 2017
2. Reuniones de trabajo: febrero 2017
4. Puesta en marcha del procedimiento y sus indicadores de evaluación: marzo 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CIRUGIA MENOR EN CENTRO DE SALUD DE CASPE-CHIPRANA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... LORENZA VALLEJO GERMOSEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· GUIU CAMPOS MIGUEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ UBIETO FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CEBRIAN FRANCO MILAGROS. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud Caspe- chiprana atiende una población de 10.000 habitantes (INE 2014). Las necesidades de la población en materia sanitaria cada vez son mayores, al mismo tiempo que aumenta la demanda por parte de los pacientes, acompañada de inmediatez en la resolución de los problemas de salud que ellos presentan. La solicitud de atención y derivación al servicio de cirugía para procedimientos quirúrgicos aumentan cada vez más en nuestras consultas del día a día. Algunos requieren técnicas de complejidad, necesidad integral de hospitalización y seguimiento. Otros banales, que pueden ser abordables en nuestro centro de salud, con diagnóstico, seguimiento, hasta curación de la lesión.
Tomando en cuenta nuestra formación con Título en Medicina y Cirugía, y el programa de formación vía MIR en Medicina de Familia y Comunitaria que incluye práctica de Cirugía Menor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Elaboración de un protocolo de actuación a implementar en las consultas de atención primaria para derivación de paciente al servicio de cirugía general con lesiones susceptibles de exéresis en el centro de salud Caspe, como cirugía menor.

2- Evitar largas listas de espera o una derivación innecesaria a Cirugía General y Dermatología.

3-Evitar los desplazamientos y demora, facilidades para el seguimiento de proceso post operatorio.

4- Disminuir la presión asistencial de los procesos quirúrgicos sencillos y de corta duración a realizar en Atención Primaria, que no precisan de anestesia general y tienen bajo riesgo quirúrgico y escasas complicaciones.

5-Identificar lesiones susceptibles de exéresis hasta le extirpación de la misma, de forma que se puede adelantar el diagnóstico anatomo-patológico de la lesión.

6- Formación de los miembros del equipo en Atención primaria en la aplicación de los procedimientos de cirugía menor.

7- Permitir el acercamiento de Atención Primaria y Especializada aumentando la colaboración entre los profesionales de ambos grupos y agilizando los trámites administrativos de las derivaciones de los pacientes a los centros hospitalarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de los procedimientos a aplicar en cirugía menor
-Sesiones clínicas formativas teórica y práctica al personal de EAP en el procedimiento de cirugía menor.
- Revisión de las bibliografías existentes en cirugía menor realizadas en atención primaria.
-Reuniones de trabajo de miembros de EAP con el servicio de Cirugía Hospital de Alcañiz para la elaboración de un procedimiento de actuación en cirugía menor para las condiciones asistenciales en centro de salud de Caspe y la derivación de cirugía Hospital de Alcañiz. Coordinado por Alcañiz.
-Capacitación de los miembros del equipo en procedimientos de cirugía menor en Atención primaria.
-Elaboración de una evaluación de la formación recibida.
-Diseño de indicadores de cumplimiento del procedimiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes intervenidos en los que consta el consentimiento informado
- % de intervenciones con Infeccion post operatoria (definida como tumefacción, enrojecimiento de los bordes de la herida, a veces emisión de material purulento y más raramente fiebre o escalofríos).
- % de intervenciones con Dehiscencia de sutura
- % de intervenciones con Cicatriz inestética

Encuesta telefónica satisfacción pacientes con la cirugía menor en AP

- El tiempo que pasó desde que fue la primera vez al médico con el problema, hasta que se lo han resuelto, ¿le

Proyecto: 2016_0110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CIRUGIA MENOR EN CENTRO DE SALUD DE CASPE-CHIPRANA, EN COLABORACION CON SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL ALCAÑIZ

ha parecido?
1/ MUCHO 2/ BASTANTE 3/ POCO 4/ MUY POCO 5/ NS/NC
- Las explicaciones que le dio su médico sobre lo que le iban a hacer, ¿le han parecido?
1/ MUY POCAS 2/ POCAS 3/ BASTANTES 4/ MUCHAS 5/ NS/NC
- La limpieza e higiene de la sala, ¿le ha parecido?
1/ MUY MALA 2/ MALA 3/ BUENA 4/ MUY BUENA 5/ NS/NC

- ¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud?
1/ MUY MAL 2/ MAL 3/ BIEN 4/ MUY BIEN 5/ NS/NC 5.ª

- En caso de presentar un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?

1/ LE DA IGUAL DONDE SE LO HAGA 2/ PREFERIRÍA ACUDIR A UN ESPECIALISTA AMBULATORIO 3/ ELEGIRÍA NUEVAMENTE AL CENTRO DE SALUD 4/ NS/NC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1-Revisiones bibliográficas : octubre a diciembre 2016
2-Reuniones de trabajo : Enero a marzo 2017.
3-Formación de profesionales: abril a junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA BUISAN CAROLINA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· VALLEJO GERMOSEN LORENZA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnósticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).
Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaria un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLEJO GERMOSEN LORENZA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· PIÑOL FORCADELL PILAR. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· GIL GARCIA MONTSERRAT. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· MORENO BERRUEZO SUSANA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· CEBRIAN FRANCO MILAGROS. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSTA MONTAÑES ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ MUNIESA ROSARIO. TCAE. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· VALLEJO GERMOSEN LORENZA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· MORALES EMPERADOR JESUS. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ANDREU ARASCO LUISA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El CS Caspe está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En el proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. El reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Y este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros CS, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Gestión de indicadores médicos: El coordinador del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado, tenemos ahora las siguientes acciones de mejora pendientes:

o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen

o Indicadores programa de diabetes

o Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector Alcañiz. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,

o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

o Eficiencia en derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual. Revisión de los motivos de derivación más frecuentes a las especialidades más demandadas. Implantación de la realización de citologías/VPH en la consulta de matrona del CS

o Incremento del peso medio en ACGs del CS mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

* Gestión de indicadores en enfermería: La coordinadora de enfermería del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:

o Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz con Marta Alquezar que explicará el procedimiento de atención al tabaquismo del sector. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,

o Planes personales de enfermería: EPOC y registro en diabetes. Revisión del registro de los planes personales de enfermería

o Doppler, espirometría: seguimiento de la implantación de las mencionadas pruebas funcionales

o Indicadores nuevos y cuadro de mando en diabetes

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-

Proyecto: 2016_1344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

almacenes

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del CS, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

- Cuando procede somos auditados externamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
* Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

* Mayo: revisión por la dirección

* Junio-Septiembre: auditoría interna

* Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· FERRER MAHAVE MARTA. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN LOPEZ ELISENDA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· SALVANES DURAN BERNARDO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO GRACIA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CALVO ALBAS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El maletín de urgencias del centro de salud es utilizado por el personal que realiza atención continuada cuando se desplaza fuera del centro. Hemos detectado en ocasiones ausencia de medicaciones u otros material necesarios,al no haber sido repuesto. Esta falta de material en una urgencia puede provocar una atención no optima. Actualmente no esta organizada la revisión del maletín por lo que el equipo de guardia desconoce cuando ha sido revisado por ultima vez.
La revisión de caducidades y del material del maletín es vital para una atención sanitaria urgente de calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera obtener una atención sanitaria al paciente fuera del centro de salud, optima y eficiente y que no provoque el traslado al centro de salud del paciente o el personal por falta de material que debería estar en el maletín.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de grupo de trabajo que acordará que material y medicaciones son necesarias en el maletín así como su cantidad tras búsqueda bibliográfica y puesta en común entre los componentes para adaptarlo a las características y necesidades del centro de salud.
Elaboración listado de material y medicación con definición de stocks.
Compra de maletines adecuados para la atención urgente.
Reposición de material utilizado tras cada aviso.
Revisión semanal del material y mensual de las caducidades por personal que realiza la atención continuada.
Registro de la revisión mediante fecha y firma del personal que la ha realizado.
Hoja de incidencias con fecha y causa de la incidencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de semanas en las que se ha registrado la revisión de materiales del maletín.
% de meses en los que se ha registrado la revisión de caducidades del maletín
Numero de incidencias de falta de material o caducidad superada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del proyecto 8 Meses.
Octubre 2016 con formación grupo de trabajo y puesta en común.
Noviembre 2016 compra de maletines y montaje de maletines.
Diciembre 2016 comienzo de utilización y registro de revisiones e incidencias.
Junio 2017 obtención de indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología urgente domiciliaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO GRACIA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Híjar..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para estos dos colectivos.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2018: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Crónica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1454 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ADELL PORTOLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO ANENTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CALVO ALBAS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CASAMIAN GUERRERO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· VALERO SALAS JESUS. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 36,33 % de los puntos del contrato, una puntuación muy baja. Si analizamos por cupos observamos que hay dos cupos con resultados inferiores al 10%, siendo de los más bajos del sector y de Aragón. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Algo mejor estaba la implantación de la evaluación espirométrica en pacientes fumadores entre 40 y 80 años que estaba en torno al 15%. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Híjar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Crónica Prevalente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL SOL ARTAL ENFEDAQUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLERA BERGES MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HIJAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BERNAD CALZADA MARIA ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HIJAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHEZ GIMENO JAVIER. PEDIATRA. CS HIJAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BLASCO ANENTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar nos hemos encontrado el problema del incumplimiento de los índices de eficiencia en visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden ser persistencia de actividades de protocolos antiguos (con frecuencia de citaciones muy elevada y actividades sin finalidad clínica) y la citación a resultados de pruebas o documentos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Hijar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recordatorio de la importancia de registrar correctamente todos los diagnósticos para seguir aumentando el peso medio por ACGs en el centro
Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

Indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACGs.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Crónica prevalente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1465 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO GRACIA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ GIMENO JAVIER. PEDIATRA. CS HIJAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar hemos encontrado varios problemas:
Población envejecida con elevada carga de cronicidad a la vista de la pirámide con los GMAs. Nuestro peso medio por ACGs es alto pero podría mejorarse el registro diagnóstico.
La eficiencia en farmacia ajustada por ACGs no cumple los estándares, desviándose de lo previsto alrededor de un 20%

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el indicador de eficiencia en farmacia ajustado por ACGs
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de grupo de trabajo con responsable.
Se realizará sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto, en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD, y de . Se analizarán alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
Se realizará acta de la reunión con los acuerdos alcanzados.
Cada cuatro meses se monitorizará el gasto farmacéutico, analizando las moléculas de mayor gasto, y proponiendo alternativas de tratamiento con la misma sistemática

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesión clínica-primera evaluación
Septiembre: segunda evaluación
Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Crónica prevalente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1709 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A GRUPOS SOCIOTERAPEUTICOS DE PACIENTES CUIDADORES DE PACIENTES CRONICO-DEPENDIENTES

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL SOL ARTAL ENFEDAQUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAZARO GRACIA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN IGADO GEMMA. TRABAJADOR/A SOCIAL. SERVICIO SOCIAL DE BASE DE HIJAR. TRABAJO SOCIAL
· GARCES TEIRA MERITXELL. TRABAJADOR/A SOCIAL. HOGAR DEL JUBILADO DE ANDORRA. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EN LA COMARCA DEL BAJO MARTÍN EXISTE UNA ELEVADA TASA DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CRÓNICO - DEPENDIENTES, SUMADO A LOS ESCASOS RECURSOS SOCIALES DE LOS QUE SE PADECEN DURANTE ESTAS FECHAS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
QUE LOS CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES DISPONGAN DE UN ESPACIO PARA HABLAR DE SUS NECESIDADES, SENTIMIENTOS E INCLUSO ACONSEJARSE UNOS A OTROS
DESDRAMATIZAR EL PROCESO DE DUELO
COMPARTIR EXPERIENCIAS
DESCONECTAR DE SUS PROBLEMAS DIARIOS
SENTIRSE BIEN
SOCIALIZARSE
EVITAR LA DEPRESIÓN

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE OFRECEN CHARLAS INFORMATIVAS, ACOMPAÑADAS DE TÉCNICAS ACTIVAS DONDE LOS PACIENTES INTERVIENEN, EN TODO MOMENTO RESPETANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y LA AUTORESPONSABILIDAD.
DE LO QUE SE TRATA ES DE QUE LOS PACIENTES PUEDAN EXPRESARSE LIBREMENTE Y SIN SENTIRSE CULPABLES DE SUS NECESIDADES, MIEDOS Y ESPERANZAS.
SE TRATA DE 8 A 10 SESIONES COORDINADO POR DOS PERSONAS RESPONSABLES, QUE SON SUPERVISADAS MENSUALMENTE POR EL IASS Y TIENEN UN ESPACIO DE INTERVISIÓN PARA EXPONER PROBLEMAS Y DUDAS A SUS COMPAÑERAS CONDUCTORAS DE GRUPOS.
EXISTE UNA COMPAÑERA MÁS CERCANA A LAS CONDUCTORAS DEL GRUPO, MERITXELL GARCÉS TEIRA CON LA CUAL LAS CONDUCTORAS PUEDEN REUNIRSE MIENTRAS DUREN LAS SESIONES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A LOS PACIENTES SE LES PASA UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, ESTÁ COMPROBADO POR LOS AÑOS QUE LLEVA EL PROGRAMA CUID@RTE EN EL IASS LA EFECTIVIDAD DE DICHO PROGRAMA.
LOS INDICADORES SE REFIEREN EN CUANTO A CONSECUCIÓN DE SUS OBJETIVOS PLANTEADOS AL INICIAR LAS SESIONES Y AL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LOS CUIDADORES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DESDE OCTUBRE DE 2017 A ENERO DE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACEINTES CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICO - DEPENDIENTES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1345 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA DOLZ CLARA. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

* Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.

* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

* Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora

* Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)

* Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

* Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.

* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Proyecto: 2016_1345 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

* Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SARTOLO ROMEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MIGUEL MINGUEZ MANUELA. MEDICO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· ALCALA MARTINEZ ANGEL. MEDICO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado del 32,44 % de los puntos posibles, un resultado con evidente potencial de mejora. No se ha puntuado en detección de tabaquismo ni en evaluación de riesgo cardiovascular ni en revisión de polimedicado. También ha habido problemas con los cinco últimos indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

* Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos. Especial atención a la cobertura de determinación del riesgo cardiovascular e indicadores de prescripción.

* Implicación de MAC en los indicadores de prescripción pediátrica y de tabaquismo

* Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

* Junio-Noviembre: desarrollo de sesiones clínicas sobre los aspectos seleccionados en las reuniones

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2018: Evaluación del proyecto

Proyecto: 2016_1346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1347 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA GIMENEZ ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDOS CAMACHO ANDRES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· SARTOLO ROMEO MARIA TERESA. MEDICO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· TORCAL TABAR JUANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Maella hemos encontrado que la eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs está por encima del estándar. Aunque el peso medio de nuestro centro no es bajo también podría intentarse mejorar el registro diagnóstico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Maella.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

* Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro

* Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:

o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas

o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa

o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD

o Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

* Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Maella.

* Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1347 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA MULTIPLE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCIÓN A LA RCP BÁSICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALAS MARTIN BEATRIZ. PEDIATRA. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· SINUES JUDES MANUEL. ENFERMERO/A. CUIDAE. BANCO DE SANGRE
· MALLEN MATEO SARA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ FELEZ CARLOS. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Iniciar desde niños una educación en RCP básica, ya que consideramos vital esa enseñanza como educación para la salud desde niños.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los niños de seis a doce años seran capaces de identificar una situacion de PCR y actuar adecuadamente, todo ello implementado en el medio rural en el que desarrollamos la actividad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primera instancia contactaremos con los colegios y asociaciones de padres para coordinar las actividades dentro del curso escolar. El metodo sera a base de videos para los mas pequeños y un power point para los mayores, y luego practicas. Se intentara que sea todo lo mas participativo posible.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.
-Encuesta de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hasta Febrero:
-Comunicar a los CRAS y centros educativos. Disponibilidad y preparacion de material.
-A partir de febrero comienzo de las charlas y talleres.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PCR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
RESULTADOS DE CAMPOS PROPUESTOS (ESTADÍSTICAS): DESAJUSTES DETECTADOS DENTRO DEL EQUIPO Y CON RESPECTO AL ÁREA DE ALCAÑIZ, AL CONJUNTO DE ARAGON Y A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA 2017. ES INDISPENSABLE MEJORAR RESULTADOS ESTRATÉGICOS Y DE SECTOR. E IGUALARLOS. PROCEDEREMOS AL DEBATE ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP PARA PODER ENCONTRAR LAS SOLUCIONES, ALCANZAR COMPROMISOS Y EN REUNIONES SUCESIVAS CONSEGUIR LA MEJORA PROPUESTA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR EL CAMPO DEL TABAQUISMO, DEL POLIMEDICADO, LOS DEL EPOC, LOS PACIENTES DEPENDIENTES; MANTENER LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS; REDUCIR TRATAMIENTOS HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN AP, MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS Y LOS DE RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS; ASÍ MISMO REDUCIR LOS PACIENTES EN ALERTA POR TRIPLE WHAMMY Y LOS AINE's EN PACIENTES CON RCV ALTO; ADECUAR ANTIBIOTERAPIA EN FARING.-AMIGD./OTITIS ESTREPTOCOCICA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
INFORMAR DE SITUACIÓN: PRESENTAR ESTADÍSTICAS.
ORIENTAR SESIONES CLÍNICAS.
COMPROMISO A TRAVES DE LA PARTICIPACIÓN.
MEJORAR NUESTRA PRESTACIÓN.
PROMOCIÓN DE LA CONSULTA PROGRAMADA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ESTADÍSTICAS DE CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017, DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS 2017 Y DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEIS MESES: EVALUACIÓNES EN JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LA MATAS

2. RESPONSABLE ..... PILAR BORRAZ MIR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PITARCH CAÑADA PEDRO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ GORRIZ TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MAS DE LAS MATAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Mas de las Matas hemos encontrado varios problemas:
- Una frecuentación elevada junto con presión asistencial elevada que se justifica en parte porque cada médico pasa consulta en distintos núcleos de población donde no se pasa consulta todos los días. El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACgs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad.
- Una pirámide de cronicidad sensiblemente más gruesa en la parte superior que en el promedio de Aragón. Aunque nuestro peso medio está por encima de 1, creemos que puede mejorarse el registro diagnóstico.
- La eficiencia en derivaciones y farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Mas de las Matas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
o Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Mas de las Matas.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LA MATAS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1496 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MIR BORRAZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· SALAS MARTIN BEATRIZ. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la zona del centro de salud de Mas de las Matas tenemos una gran dispersión de población. Tambien es una zona que en periodos estivales sufre un aumento drastico de dicha población. El blog pretende ser un punto de información para toda la población

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Crear el blog con información de horarios y servicios del centro de salud de Mas de las Matas
-Toda la población es diana de este proyecto
-Intentar difundir el blog en todas las webs de los ayuntamientos y turismo de la zona
-poco a poco aumentar contenidos e información del blog con aportaciones de todos los miembres del equipo de salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reuniones con el equipo con tormenta de ideas para comentar que contenidos son mas necesarios en dicho blog
-Para este proyecto no necesitamos muchos recursos, simplemente una labor de recogida de datos para incluirlos en el blog.
-A traves de este servicio se podran responder dudas de los pacientes mejorando asi la calidad asistencial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Actualizar el blog al menos una vez al mes despues de que la informacion base del centro de salud ya este metida.
Intentar que el blog este enlazado en las principales paginas de información de la zona

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Recopilar informacion y reuniones sobre como realizar el blog: todo el equipo, esta labor podria realizarse en el primer semestre. Se reunira tambien con el consejo de salud de la zona para valorar su aceptación y buscar la colaboración de la población.
-Una vez recabada la información se pondria en marcha la creación del blog. Esta labor la realiza el coordinador del proyecto, durante el siguiente semestre.
-El ultimo trimestre estaria dedicado a la difusion del blog por las diferentes localidades, asi como la preparacion de articulos y/o contenidos por parte de todo el equipo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1497 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR VILLALBA MIR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALESA ALBALATE ALBERTO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BORRAZ MIR PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL CONSEJO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS TIENE DOS AÑOS DE RECORRIDO.
SE FORMÓ CON LOS CONCEJALES DE LAS POBLACIONES DEL AREA DE SALUD, Y CON REPRESENTANTES DEL CENTRO DE SALUD.
DURANTE ESTE TIEMPO LAS REUNIONES HAN SIDO CON CIERTA REGULARIDAD, TRIMESTRALMENTE.
LA ORIENTACION HA SIDO, TAL VEZ EQUIVOCADA, MOSTRAMOS LOS DEFICITS MEDICOS EN PERIODO ESTIVAL .
COMO OBJETIVO EN EL CENTRO NOS HAN INDICADO LAS ACTUACIONES HACIA LA SOCIEDAD.
UN PUNTO DE PARTIDA ES EL CONSEJO DE SALUD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL OBJETIVO PRINCIPAL VA A SER INVITAR A ASOCIACIONES CULTURALES, DEPORTIVAS, AMAS DE CASA Y DE OTRO TIPO, JUNTO CON LOS REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS Y LOS DEL CENTRO DE SALUD.
DAR A CONOCER EL NUEVO PUNTO DE PARTIDA: ES LA BUSQUEDA DE INTERESES POR LA POBLACION ...
RECIBIR UNA TORMENTA DE IDEAS POR PARTE DE TODOS Y BUSCAR LINEAS DE TRABAJO DE INTERES PARA NUESTRA SOCIEDAD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PRIMERA REUNION INVITAR A UN MAYOR NUMERO DE ASOCIACIONES Y REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS.
RECOGER TODAS LA POSIBLES INQUIETUDES.
VALORARLAS EN EL CENTRO DE SALUD, CÓMO URGENTES, PRIORITARIAS, MEDIO PLAZO, LARGO PLAZO.
VALORAR EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE REALIZACIÓN.
MARCAR TRES LINEAS DE TRABAJO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
VALORAR TODAS LAS PROPUESTAS :
INTERES DE LA POBLACION.
INTERES DE LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO.
POSIBILIDAD DE REALIZACION.
GRAVEDAD DE LA PROPUESTA.
PUNTOS DE VISTA DISTINTOS DEL USUARIO A NOSOTROS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACION UN AÑO.
POSIBILIDAD DE PROLONGAR MAS TIEMPO.
LAS REUNIONES DEL CONSEJO SON TRIMESTRALES.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. LINEAS DE ACTUACION COMUNITARIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL, CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS EN ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

2. RESPONSABLE ..... TERESA SANCHEZ GORRIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PITARCH CAÑADA PEDRO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
INFORMAR A LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ENSEÑAR A COMO SE PUEDE UTILIZAR LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD (Descarga de App, como se cita, introduccion pin, ect)
PARA QUE ES LA DEMANDA NO PRESENCIAL (Para qué se puede usar este tipo de cita, como solicitarla y a qué profesionales puedo pedir una consulta telefónica.
EN QUE COMUNIDADES PUEDO UTILIZAR MI RECETA ELECTRONICA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CHARLAS INFORMATIVAS EN EL CENTRO DE SALUD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INTENTAR MÁXIMA AFLUENCIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
FECHA 13 JULIO A LAS 16 HORAS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SIN PATOLOGIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1016 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE MINGO USON MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· FERREIRA PAESA JORGE. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· QUILEZ ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· TOMAS LIZANO CARLOS. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN RODRIGUEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La diabetes tiene una elevada prevalencia y un elevado número de complicaciones que aumentan la mortalidad. Así mismo tiene una gran repercusión en la calidad de vida del paciente.
Se ha descrito que la dislipemia aumenta el riesgo cardiovascular de todos los pacientes y sobre todo en los diabéticos. Hemos valorado el cuadro de mandos de diabetes de nuestro equipo y hemos visto que muchos de nuestros pacientes con alto riesgo cardiovascular no reciben adecuadamente tratamiento para la dislipemia y algunos, no tienen determinación de colesterol en la analítica, por diferentes causas. Por ello, creemos importante estudiar las causas de que esto ocurra y solucionarlo para intentar minimizar el riesgo cardiovascular de estos pacientes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- aumentar a la totalidad el número de pacientes con diabetes al que se les practica estudio de dislipemias
2.- Identificar las causas de que no reciban tratamiento
3.- aumentar la cobertura de pacientes con diabetes a los que se disminuye el riesgo cardiovascular con una disminución del LDL colesterol

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Búsqueda activa de todos los diabéticos tipo II que hay en nuestra zona de salud. La captación se hará telefónicamente o en consulta por parte de todo el personal implicado
2.- Realización de analítica con perfil lipídico a todos aquellos que no la tengan hecha en el último año
3.- Comprobación de cumplimiento de tratamiento en los que no hayan cumplido objetivos de LDL colesterol y tengan prescrito el mismo
4.- implantación de tratamiento en todos aquellos que teniendo LDL por encima de objetivos, no lo reciban
5.- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados que se van alcanzando, analizando causas y proponiendo actividades de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se analizarán todos los pacientes diabéticos tipo II sin rango de edad.
Monitorización mensual de la evolución del indicador de dislipemias en el cuadro de mando de diabetes, tanto de cobertura como de cumplimiento de tratamiento de pacientes diabéticos con alto o muy alto riesgo cardiovascular

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación del grupo de trabajo septiembre de 2016
Inicio del proyecto con captación de pacientes y realización de analíticas, en caso necesario, en septiembre de 2016
Primera evaluación en diciembre de 2016
Mensualmente; reunión de equipo para evaluar las causas, identificar oportunidades de mejora y analizar las causas
Marzo 2017; reevaluación de resultados
Septiembre-2017. Evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

2. RESPONSABLE ..... JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MALLEN EDO MARTA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· QUILEZ ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· DE MINGO USON MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· TOMAS LIZANO CARLOS. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA CABRERA ALEX. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· BARA GALLARDO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
* Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años

* Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro

* Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

* Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
* Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz

* Junio: sesión sobre consejo antitabáquico

* Junio-Diciembre: Implementación del programa

* Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.

* Enero 2017: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL DE MINGO USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUILEZ ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· TOMAS LIZANO CARLOS. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· MALLEN EDO MARTA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· FESSENDEN GOMEZ JESSICA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA CABRERA ALEX. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· MORT GUIU CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud de Muniesa está certificado desde el año 2010 con norma ISO 9001:2008. En los últimos años hemos perdido un médico de los cuatro que éramos en una zona de elevada dispersión poblacional que exige mucho tiempo de desplazamiento. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del salud y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;

o Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos

o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios

o Implantación del doppler

o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

o Eficiencia en visitas: Implantación de CONSULTA NO PRESENCIAL y sesión clínica DEJAR DE HACER PARA PODER HACER (sesión clínica)

o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo (Realizar con Arantza).

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

Proyecto: 2016_1353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

- Una vez al año somos auditados por un auditor del salud, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

- Cuando procede somos auditados externamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

* Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

* Mayo: revisión por la dirección

* Junio-Septiembre: auditoría interna

* Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1354 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ GIMENO JAVIER. PEDIATRA. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· BARA GALLARDO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· GUIU MORTE CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El centro de salud de Muniesa tiene un % importante de población de origen magrebí. Por razones culturales, las mujeres de este colectivo suelen tener menos información que la población general sobre los métodos anticonceptivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el conocimiento de métodos anticonceptivos en la población musulmana

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividad formativa a la comunidad a cargo de la matrona del centro de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de mujeres asistentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Ente junio y Octubre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATER MONSERRAT MATILDE. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA ORGILLES ELENA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO LAZARO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· ROQUETA CALVO ELADIO. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· CARMEN ASENSIO VICENTE. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· SAURA MESTRE LIDIA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· SALES BUJ ARANTXA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnostico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1 se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

2. RESPONSABLE ..... MATILDE ZAPATER MONSERRAT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL GALLEGO MOLIAS ANA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· BETRAN LACASTA CRISTINA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO BALLONGA ANA MARIA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· BAYOD GIL FRANCISCO. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· BERNAD ARCUSA PEDRO. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· MARCO MARCO LUIS. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ZURITA M DEL MAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Valderrobres hemos encontrado varios problemas:
Una pirámide de población regresiva, mientras que tanto en peso medio de ACGs como en GMAs se está por debajo de lo esperado para esta pirámide por lo que sospechamos que tenemos un problema de registro diagnóstico
El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACgs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón.
En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad.
La eficiencia en farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar.
Cumplimos el estándar en derivaciones

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Valderrobres.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Valderrobres.
Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S. VALDERROBRES

2. RESPONSABLE ..... ELENA LACAMBRA ORGILLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· BETRAN LACASTA CRISTINA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· FIGUEROLA FALCO SANDRA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· LACUESTA DE CASTRO JAVIER. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· LASALA CONTE IBANA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchas de las actuaciones que se desempeñan en el centro de salud son asistencias de emergencia vital donde una rápida actuación es fundamental para unos resultados favorables. La American Heart Association establece el término de cadena de supervivencia refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. En esta cadena intervienen múltiples factores entre los que se encuentra los conocimientos y habilidades del profesional, lugar físico, medios disponibles, … Dentro de esta cadena es igual de importante conocer los materiales, medicación y aparataje necesarios para dicha asistencia, su ubicación y su mantenimiento para que siempre estén listos para ser empleados.
Las actuaciones que se realizan son tanto en el centro de salud como fuera de él, por lo que es necesario disponer de un carro de parada en la sala de urgencia y un maletín para la atención domiciliaria . Además es fundamental condicionar al vehículo para albergar materiales y aparatajes necesarios como puede ser bala oxigeno, ECG portátil, collarines…
El C.S.Valderrobres carece de unos protocolos unificados y consensuados sobre el tema a tratar. Creemos necesario realizar un listado de lo que debe de contener el carro de paradas, maletines y vehículo dejando claro su ubicación más idónea para facilitar el trabajo al profesional y la reposición del posible material empleado. Protocolizar revisiones periódicas para comprobar que no falte nada y el buen estado del mismo. Crear a su vez unas hojas de registro donde se anote las revisiones y las posibles incidencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Garantizar una prestación de calidad en la asistencia urgente a la población.
- Adecuar el contenido del carro de paradas de la sala de urgencias, maletines de urgencias y del vehículo del centro.
- Todo profesional sanitario conozca el contenido y ubicación de los materiales y medicaciones tanto del carro de paradas de la sala de urgencias, como de los maletines y de que equipamiento dispone el coche, así como su correcto funcionamiento y mantenimiento.
- Crear un protocolo que recoja el proceso de revisión y donde se pueda anotar las posibles incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 Crea un equipo formado por médico y enfermero para adecuar que medicaciones, materiales y aparatajes debe de contener carro, maletines y coche y donde es su óptima ubicación.
2. Elaborar un listado donde quede reflejado que fármacos y materiales debe de contener en qué cantidad y donde ubicar, así como que debe de contener el vehículo del centro.
3. Realizar una sesión informativa para dar a conocer el trabajo realizado al resto de los profesionales sanitarios que trabajan en el centro.
4. Precintar el carro de paradas con revisiones en cada turno de guardia del estado del precinto y revisiones trimestrales de su contenido.
5. Actividades de mantenimiento diario del maletín de urgencias (después de su uso y al comenzar la guardia).
6. Crear una hoja check-list donde facilite al profesional el chequeo del carro, maletines y vehículo.
6. Registro de incidencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de check-list rellenadas
- % de incidencias encontradas en las check-list
- Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: julio 2017 - Finalización: octubre 2017.
- Evaluación de resultados y propuestas de mejora a nivel del equipo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S. VALDERROBRES

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

2. RESPONSABLE ..... ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATER MONSERRAT MATILDE. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO LAZARO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO BALLONGA ANA MARIA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA ORGILLES ELENA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO VICENTE MARISOL. MATRONA. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· ROQUETA CALVO ELADIO. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· SAURA MESTRE LIDIA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proyecto esta destinado a toda la población, para capacitacion de los mismos ante casos de parada cardiorrespiratoris, enseñarles a como saber actuar, manejar el aparato DESA y a quien avisar.

Creemos importante la realización de este taller para enseñar a la población a usar el DESA, ya que durante las tardes el Servicio de Urgencias se encuentra en Valderrobres, al que pertenecen 12 pueblos anejos a los que nos tenemos que desplazar cuando estamos de guardia. Podria ocurrir, que cuando tenga lugar una parada cardiaca el Servicio de Urgencias se encuentre trabajando en otro pueblo, con lo que, podriamos tardar en llegar un tiempo estimado de unos 30 minutos. La UVI mas cercana es la de Alcañiz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Concienciar a la población sobre la importancia de una actuación temprana ante un caso de parada cardiorrespiratoria.
Enseñar a realizar compresiones toracicas efectivas desde el momento que tiene lugar la parada.
Manejo del DESA, en los pueblos en los que se disponga..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto en el que quede reflejado la Atención Comunitaria que se va a realizar.
En una segunda fase, concretar fecha con la población para realizar el taller.
Y en una tercera fase, evaluacion de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de la misma que consista en preguntar a la población que hacer ante un caso de parada cardiorrespiratoria y donde se localiza en cada pueblo el DESA.

El taller consistira en una parte teorica sobre la importancia de realizar un reanimacion cardiopulmonar desde el momento que se visualiza la parada hasta la llegada de los Sanitarios que consistira en un power-point y unos videos sencillos para enseñar a la población. Y una parte practica con muñecos para enseñar a realizar compresiones y manejo del desfibrilador semiautomatico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con los datos obtenidos se podran sacar conclusiones y cuestionar si se continua o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo extendiendose a otros pueblos pertenecientes del CS de Valderrobres, ya tengan o no DESA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Curso escolar, ya que lo queremos realizar en los colegios.
De septiembre del 2017- junio del 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1115 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años (“FUMADOR=SÍ) (DGP “AA”= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores (“FUMADOR=SÍ) (DGP “AA”= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP “AA” se corresponde al campo “FUMADOR=SI/NO”.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

9. OBSERVACIONES.
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1116 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUD CARDONA MONICA. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundado en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de las actividades de detección de cáncer de cérvix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cérvix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1116 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_1117 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el año anterior disponemos del cuadro de mando en diabetes. A través de él venimos observando tendencias planas en estos indicadores que afectan a 10 de los 12 centros, lo que nos indica que se están usando poco las funcionalidades del cuadro de mando. La causa es la escasa tradición en gestión clínica y la resistencia al cambio cultural
Es un objetivo estratégico de esta dirección desde el año anterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE DIABETES

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantearán acciones formativas en función de la evolución del cuadro de mando y a demanda de los centros.
Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Ya se presentó en el año anterior.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Todos los indicadores de cobertura deberán ser superiores al 50% (HBA1C, retinografía, GFR, LDL, Microalbuminuria, Pie diabético, Hipoglucemia).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continúa desde 2016.
Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1122 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace años tenemos certificados con ISO 9001:2008 6 centros de salud. El desarrollo de la norma ha hecho madurar la organización, no solo de los centros afectados, sino también del resto de los centros que poco a poco han ido compartiendo los procedimientos principales que se han convertido en las normas de organización del sector. En los dos últimos años hemos visto como un centro se relajaba en el cumplimiento de la norma, por lo que estamos considerando su exclusión del proyecto en tanto no se cambie la actitud, por lo que planteamos el mantenimiento en cinco de los seis centros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad según norma ISO 9001
-Cumplimentación del registro de incidencias (todos los trabajadores)
-Elaboración de acciones correctivas para solucionar no conformidades (Coordinador de calidad del centro)
-Análisis sistemático de todos los datos recibidos por el centro y actas de registro (C.calidad, coordinadores de centro)
-Reuniones cuatrimestrales entre coordinadores de calidad del centro y del sector
-Revisión anual por la Dirección
-Auditorías internas y externas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Auditorías internas y externas
Mantenimiento de la certificación externa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se trata del mantenimiento del proyecto y ya está descrito en el manual de la calidad de los centros de salud de Atención Primaria en el ámbito SALUD.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ORGANIZACIÓN
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1717 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La estrategia de diabetes, recomienda, rebajando moderadamente el criterio de la ADA, que se realice, cada 3 años, un índice tobillo-brazo a los pacientes diabéticos mayores de 50 años que tengan algún factor de riesgo cardiovascular o que tengan más de 10 años de evolución de la enfermedad. Para poder implantar esta línea, durante el año 2016, se ha comprado un doppler para cada centro de salud y se ha formado al menos a una enfermera en cada centro de salud del sector. Ahora se trata de monitorizar su implantación.
Por razones de simplificación de la extracción del indicador consideramos que la gran mayoría de los pacientes diabéticos tienen al menos un factor de riesgo cardiovascular, por lo que el estándar tendrá en cuenta este dato.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantar el procedimiento de evaluación vascular del programa de Diabetes de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.
Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.
Se proporcionarán cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continúa desde 2016.
Informes cuatrimestrales desde la dirección (JM Turón). Cortes con el indicador: Enero 17, Mayo17, Septiembre 17,
Evaluación final: Diciembre 2017.
Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

9. OBSERVACIONES.
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 25 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 13%
Límite superior 25%

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_0032 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DEL ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA, PROTESIS PARCIAL DE CADERA Y FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... TERESA MARIN ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALDERON AGUIRRE PATRICIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· JUDEZ LEGASTIRI DIEGO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GASCON POLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARCOS GARCIA IVAN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía mayor traumatológica incluye procedimientos que acarrean pérdidas sanguíneas importantes y una alta probabilidad de transfusión de sangre alogénica. El riesgo de sufrir una complicación relacionada con una transfusión va desde la fiebre (1/100) a una complicación grave que llegue a poner en riesgo la vida del paciente (entorno 1/140000) según datos de la Sociedad Americana de Bancos de Sangre
Hasta este momento el único medio con el que se contaba en el Hospital Comarcal de Alcañiz para el ahorro de sangre alógenica era el recuperador de sangre. El recuperador de sangre ha resultado eficaz pero además de su alto costo cuenta con controversia en cuanto a su seguridad debido a la posibilidad de contaminación bacteriana y de las alteraciones hematológicas de la sangre recuperada.
El ácido tranexámico reduce en un 38% la pérdida sanguínea. Los estudios, revisiones y meta-análisis no han conseguido demostrar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Reducción de la pérdida total de sangre en Cirugía Mayor Traumatológica
2. Reducción de la necesidad de transfusión de sangre alogénica
3. Reducción de las complicaciones asociadas a la transfusión
4. Mejorar la utilización de los recursos del Banco de Sangre
5. Utilización de un método de costo-efectividad demostrado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Anestesia: detección del paciente APTO para el protocolo tanto en la consulta de Anestesia para cirugía programada como en los ingresados por Urgencias.
-Traumatología: inyección directa de ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Observación de los trigger trasfusionales
-Enfermería: control del sangrado postoperatorio
-Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro en la “Hoja de Enfermería Quirúrgica” y en la “Hoja de Analgesia Postoperatoria” del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Analgesia Postoperatoria" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 48hs. El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sin fecha límite. Este protocolo será modificado o quedará sin efecto según las nuevas evidencias o recomendaciones que guían nuestra práctica clínica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0252 ()

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALTABA SANZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· ZARATE MONTAÑES MARIA DEL CARMEN. TCAE. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVER MARIN LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· BELLES PALLARES LUCIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las incidencia relacionadas con la alergia de los pacientes al látx son relativamente frecuentes en nuestro hospital. Creemos que esto ocurre porque no se suele reflejar en las historias clínicas la alergia al látex, y también porque se desconocen las pautas a seguir ante pacientes sensibles-alérgicos al latex y no siempre están identificados los materiales e instrumentos quirúrgicos que llevan látex.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Correcta clasificación pacientes alérgicos---grados sensibilización
Concienciar a los profesionales del preoperatorio en la identificación específica de la alergia al látex.
Actuar correctamente en quirófano según grado sensibilización del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex atendiendo a los siguientes aspectos:
Coordinación personal sanitario(planta, admón., qfno) para identificar paciente
Elaboración de listado de materiales e instrumentos con látex/sin látex.
Evitación del contacto con alérgeno
Profilaxis farmacológica
Acondicionamiento del quirófano
Actuación en fase intraoperatoria. Fármacos a utilizar
Fase posoperatoria---recomendaciones al paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponibilidad del procedimiento en la intranet
% de pacientes con pulsera de identificación
Número de incidencias recibidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º ENERO.. CONSTITUCION DEL GRUPO
2º ENERO - JUNIO--ELABORACION PROCEDIMIENTO
3º JUNIO - NOVIEMBRE-- DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓ
4º DICIEMBRE---EVALUACION

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0811 ()

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACION CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO

2. RESPONSABLE ..... DIEGO JUDEZ LEGARISTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN ABAD TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· CALDERON AGUIRRE PATRICIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· INFANTES MORALES MARTA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· ESPINOSA CASTELS RUT. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GASCON POLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· MARCOS GARCIA IVAN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El bloque quirúrgico de nuestro hospital tiene establecido una sistemática de gestión por procesos. Dentro de este esquema echamos de menos en los subprocesos del post operatorio inmediato y de analgesia post operatoria una evaluación del dolor post-operatorio en aquellas cirugías que se considera pueden beneficiarse de técnicas locorregionales o pautas analgésicas propias. Actualmente, estas cirugías en las que el servicio de Anestesiología realiza técnicas locorregionales para control del dolor postoperatorio o pauta tratamientos propios, son monitorizadas por el servicio, recogiendo datos sobre el nivel de dolor, presencia de náuseas o vómitos, grado de sedación, necesidad de rescates, etc. pero no se recoge el grado de satisfacción percibida por los pacientes. Por ello, desde el servicio surge la necesidad de implantar una encuesta de satisfacción del seguimiento del dolor postoperatorio para mejorar la calidad de la asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y una vez conocido, actuar en función de los resultados para intentar mejorar la asistencia prestada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción que contemple una serie de ítems que permita recoger el grado de satisfacción de los pacientes.
- Creación de una base de datos con los ítems de la encuesta.
- Análisis periódico de la encuesta y obtención de resultados.
- Puesta en común de los resultados para la implantación de medidas correctoras en caso de ser necesarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Disponibilidad de la encuesta.
2. Creación de la base de datos.
3. Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio encuestados x 100 / Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio.
4. % de pacientes satisfechos o muy satisfechos en cada ítem de la encuesta
5. Memoria anual con análisis de los resultados obtenidos y propuestas de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación del grupo de trabajo: Octubre 2016
- Creación de encuesta: Octubre 2016
- Creación de base de datos: Octubre 2016
- Fecha de inicio de recogida de datos: Desde noviembre de 2016
- Introducción de los datos de la encuesta en la base de datos: Desde noviembre de 2016
- Análisis y evaluación anual de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes operados controlados por la Unidad de Dolor Agudo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0660 ()

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SOLE LLOP
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOMAS BLASCO PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. DAP ALCAÑIZ. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· MARTINEZ FERRI MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UNIDAD DE FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un problema común que afecta la calidad de las muestras de laboratorio es la hemólisis que se produce ex vivo, como resultado de la obtención, manejo o almacenamiento inadecuados de las muestras de sangre. Las causas de hemólisis son múltiples, como también lo son las consecuencias que produce en diversas pruebas de laboratorio. La capacitación adecuada del personal responsable de obtener y manipular muestras de sangre en el laboratorio clínico es el factor más importante para reducir casi todos los errores preanalíticos relacionados con la obtención, manejo, transporte, almacenamiento, identificación y trazabilidad de los especímenes clínicos. El personal que tiene la responsabilidad de colectar las muestras para el laboratorio, es consciente de la importancia de su desempeño en todo el proceso.
Se ha observado en el laboratorio de Urgencias del hospital de Alcañiz, un aumento considerable de las muestras hemolizadas, especialmente desde la introducción en el año 2014 de la determinación automatizada de los índices de hemólisis, que detecta mejor la hemólisis que el examen visual. Otro potencial problema que hemos identificado es que el año 2015 se cambiaron los tubos VacuntainerDB por los Vacuette, hemos de realizar estudios para ver si este ha sido un factor más que ha podido influir en el aumento de muestras hemolizadas.
Esta circunstancia ha producido un aumento en la repetición de la extracción con las molestias que ocasiona tanto a los pacientes como al personal de extracciones.
El personal encargado obtener la muestra de urgencias, no son, habitualmente las enfermeras del servicio de laboratorio, sino personal de enfermería de las plantas o del servicio de urgencias, que al no trabajar en el laboratorio, quizás no tienen tan presentes los problemas preanalíticos, especialmente los causados por la hemólisis, que algunas prácticas inadecuadas pueden ocasionar.
Desde la coordinación de Laboratorios del Hospital de Alcañiz, junto con la supervisión de Laboratorio y de Urgencias, elaboraremos un plan que incluya tanto la formación del personal implicado, como estudio del proceso de extracción que incluya el material utilizado, la conservación y manipulación de las muestras, etc para buscar soluciones que permitan evitar o disminuir las hemólisis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir el % de hemólisis detectadas en el laboratorio de urgencias.
- Disminuir el número de repeticiones de extracciones por prácticas inadecuadas.
- Mejora de la calidad del proceso de extracción de muestras de sangre.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Plan de formación del personal de Urgencias, tanto de laboratorio como del Servicio de Urgencias. Sesión de formación por turnos a cargo de la supervisión de enfermería: mínimo cuatro sesiones: 2 sesiones de mañanas y 2 sesiones de tardes. Realizar las sesiones de mañanas a primera hora (8 de la mañana) para que el personal de noche pueda acudir a la sesión). Entregar material del curso a los asistentes. Solicitar la acreditación por parte de la comisión de docencia.
- Estudio de material utilizado en las extracciones de Urgencias para ver si es adecuado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Asistencia a las sesiones de formación del 85% del personal
- Calcular la disminución de % de hemólisis desde el fin de la formación en tres o cuatro meses. Comparar con la hemólisis de los mismos meses del año anterior.
- Recomendaciones y solicitud (en caso necesario) de cambio de tubos o/y otro tipo de material para urgencias dirigido al servicio de compras.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre - Diciembre 2016
- Curso de Formación: planificar y realizar las 4 sesiones.
- Reuniones con coordinación de calidad, para estudiar el tipo de material utilizado.

Enero – marzo 2017
- Estadística del número de hemólisis en urgencias.

Abril- mayo 2017
- Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0660 ()

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todso los pacientes con analiticas urgentes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ANA MARCEN MIRAVETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABRADOR FUSTER TOMAS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CARDIOLOGIA
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redunda en que se diagnostique y trate tardíamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca en el sector de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo local orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación de la Guía de Insuficiencia Cardiaca de la ESC de 2016 y la guía de insuficiencia cardiaca NICE, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria (péptido natriurético + radiografía de tórax para descartar cardiomegalia), en caso de péptido natriurético elevado, cardiomegalia en radiografía de tórax y signos y síntomas de IC, iniciar tratamiento y derivar a consulta de Cardiología. La selección de tratamientos iría orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.

Formación en los centros de salud.
Formulación de recomendaciones “TO DO” Y “NOT TO DO”
El protocolo será pilotado en dos centros de salud del sector Alcañiz, y en caso de mostrar su efectividad y viabilidad sería generalizado al resto en el año siguiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes remitidos con confirmación diagnóstica de insuficiencia cardiaca
- % de pacientes diagnosticados con Fracción de Eyección reducida
- % de diagnósticos con fracción de eyección conservada
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
- Abril – Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2018: evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0812 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MARTINEZ UBIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO GIL SILVIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ALSINA PUJOL MONTSERRAT. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La utilización de presión negativa con fines médicos ha presentado una evolución muy significativa a lo largo de la historia remontándonos al año 600 a.C. cuando ya se utilizaba para la extracción del veneno de las heridas.
Fue en la década de los 90 cuando Argenta y Morykwas desarrollaron el sistema “Método de terapia de heridas con presión negativa” que consistía en el drenaje asistido por vacío de sangre o líquido seroso de una herida o lecho quirúrgico, sentando las bases de este método cuyos sistemas han ido mejorando con el paso de los años.
De eficacia demostrada en heridas de diversa etiología su utilización ha sido algo dispar quizá por desconocimiento o la falsa creencia de que son terapias caras con escasa coste-efectividad.
La utilización de sistemas de Terapia de Presión Negativa (TPN) es una alternativa de tratamiento en heridas complejas o con grandes defectos cutáneos que presentan exudados abundantes permitiendo reducir el número de curas. Ello nos permite acelerar los tiempos de cicatrización y por tanto los costes adicionales al disminuir las estancias inadecuadas, incluso evitando el ingreso en algunos casos, permitiendo un tratamiento ambulatorio. Ello va asociado a una menor incidencia de complicaciones, frecuentes en este tipo de lesiones sin que la calidad de vida del paciente se vea afectada. Encontramos diversos estudios a nivel europeo centrados en el análisis de coste-efectividad de esta intervención en heridas de diversa etiología.
Si bien la experiencia en el servicio de Cirugía de nuestro centro es amplia en el manejo de este tipo de tratamiento para la curación de heridas, consideramos necesaria la realización de este protocolo para sistematizar y consensuar los criterios de utilización del mismo.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Facilitar la toma de decisiones en cuanto a la indicación de utilización de los sistemas de TPN en el manejo de heridas.
- Dar a conocer este tipo de sistemas entre el personal que vaya a estar implicado tanto en la indicación como el manejo de los mismos.
- Evitar variabilidad o técnicas incorrectas a la hora de aplicar los sistemas de TPN.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Revisión bibliografía del tema
2. Elaboración del protocolo
3. Revisión y aprobación del protocolo
4. Implementación del protocolo
5. Elaboración de un tríptico informativo para pacientes y personal sanitario y difusión del mismo.
6. Análisis de los resultados

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Nº de curas mediante apósitos convencionales o avanzados para la curación de heridas en un paciente en comparación con el nº de curas mediante TPN en el mismo paciente en un periodo de 48 horas. (Fuente: Registros de Enfermería)

- Nº de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 3 meses /Nº de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería)

- Nº de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con sistemas de TPN en un periodo de 3 meses/ Nº de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN no tratados durante el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de Enfermería)

- Nº pacientes con herida abierta que precisan más de una cura diaria por exceso de exudado/ Nº de pacientes ingresados en planta el día de la medición x 100 (Fuente: Registros de Enfermería y de Admisión de enfermos)

- Nº de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 3 meses /Nº total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 3 meses X 100

Proyecto: 2016_0812 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

(Fuente: CMBD y registros de Enfermería)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Tercer trimestre del 2016:

Elaboración protocolo

- Primer trimestre 2017:

Implementación y difusión del protocolo a los servicios proveedores.

- Segundo trimestre del 2017:

Recogida de datos y evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HERIDAS COMPLEJAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1505 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

2. RESPONSABLE ..... MARTA MONTAÑES FOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GINER VIDAL ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
actualmente estamos dando recoemndaciones al paciente ostomizado, todo de manera verbal, sin una explicación escrita para cuando el paciente es dado de alta pueda recordar esto en su domicilio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actulizar conocimientos al paciente ostomizado al alta.
Facilitar información escrita al paciente ostomizado dado de alta en el hospital de alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recomendaciones:
1. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.
2. tipos de ostomias.
3. Consejos dietéticos al alta.
4. Ejercicio y ocio.
5. Recomendaciones importantes.
6. Complicaciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar las recomendaciones al paciente ostomizado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ANUAL

9. OBSERVACIONES.
IMPRESIÓN DE FORMATO SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL PACIENTE OSTOMIZADO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1500 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ARAGONES VILLANUEVA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIDAL MESEGUER ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· TENA EJARQUE MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ROSELLO SASTRE NURIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· HERNANDEZ GARCIA ADORACION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA
· DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Nos dimos cuenta en hospitalización, la necesidad de unificar recomendaciones por parte de enfermería, al alta de los pacientes ingresados en nuestro Hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar recomendaciones al alta del paciente ingresado.
Facilitar el post.operatorio y/o convalecencia en su domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hemos realizado un programa de reuniones y recopilación de datos para la puesta en marcha de estas recomendaciones.
Un proyecto para la validación de las mismas y su posterior difusión en la Intranet del Sector, para así tener actualizados todas las recoemndaciones y que todo el personal tenga acceso a ellas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de recomendaciones al paciente al alta: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual, a finales del 2017, debemos tener todas las recomendaciones hechas y validadas en nuestra Intranet.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE HOSPITALIZADO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0577 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE CADERA Y RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALTABA SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONO LAMARCA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
· OLIVER MARIN LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
· BELLES PALLARES LUCIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
· CALDU AGUD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
· CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
· ABIZANDA MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Durante el período de acogida al personal de enfermería de quirófano algunas profesionales que ejercen como enfermera volante han expresado dudas a la hora de seleccionar los componentes de las prótesis de cadera y rodilla totales y parciales. La causa es que estos componentes están almacenados en una estantería en el antequirófano del quirófano de traumatología, según tipo de prótesis y marca pero sin ningún tipo de rótulo identificativo. Teniendo en cuenta la variedad de estos componentes (derechos, izquierdos, cementados no cementados, cerámicos, titanio, numeraciones diferentes según tamaño…etc…), la confusión entre ellos en el personal de reciente incorporación no es infrecuente, lo que origina retrasos en la intervención además de estrés en los profesionales.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
• Permitir que una persona con poca experiencia en operaciones de prótesis de cadera y rodilla suministre los componentes que le han pedido sin ningún tipo de duda al respecto y en un tiempo mínimo.
• Organizar y distribuir en estanterías los diferentes componentes de las prótesis según el tipo (rodilla, cadera) y marca comercial, de manera que en cada estante solo podrá haber un tipo de prótesis y una marca.
• Identificar los tipos y marcas de protesis y a su vez los componentes protésicos mediante un sistema de rótulos.
• Identificar el componente de la prótesis pedida en el menor tiempo y con la mayor seguridad posible.

• Facilitar al responsable del pedido de los componentes protésicos su trabajo a la hora comprobar caducidades, stock y realizar nuevos pedidos

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
• Elaborar un procedimiento de gestión del almacén de componentes de prótesis.
• Elaboración de un listado de prótesis con sus componentes y marca comercial, estableciendo un sistema de control de stocks.
• Elaboración de una hoja de control de caducidades para cada tipo de prótesis, que se localizará al lado de las estanterías, donde se anotaran los componentes que vayan a caducar en los 6 meses siguientes, identificando en ella la fecha concreta.
• Identificación de la fecha de caducidad en las cajas de los componentes, mediante pegatinas colocadas en un lugar visible.
• Identificación del tipo de prótesis y marca comercial mediante la creación de unos rótulos donde figuraran claramente ambos nombres y se colocaran en la pared de ambos lados de la estantería.
• La identificación del componente protésico se realizara mediante unos rótulos en los que figuraran nombre y dibujo del componente protésico y se colocaran al pie de estos.
• Los componentes se colocaran aprovechando la estantería de madera existente, almacenándolos uno encima de otro de manera que sean visibles a simple vista la numeración. Estos componentes se ordenarán según sistema FIFO, colocando siempre los que primeros caducan en la parte delantera.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
? . Disponibilidad del procedimiento
? . % de componentes con caducidad inferior a seis meses identificados en la hoja de control de caducidades
? . % de componentes rotulados con la fecha de caducidad visible.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Octubre 2016: Constitución de equipo de trabajo
? Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del procedimiento de gestión del almacén de instrumental quirúrgico
? Del 1 al 15 de Enero del 2017 se realizarán los listados de componentes los rótulos con los nombre de las prótesis y el de los nombres y dibujos de los componentes protésicos, así como las hojas de control de caducidades y la base de datos de componentes de cada una de las prótesis,
? Del 16 al 20 de Enero del 2017 se colocaran todos los rótulos identificativos y la hoja de caducidades en los sitios acordados.
? Febrero 2017: Difusión del procedimiento
? Marzo-Diciembre de 2017: implantación del procedimiento

Proyecto: 2016_0577 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE CADERA Y RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

9. OBSERVACIONES.
Si durante el 2017 se introdujese una nueva marca de prótesis o algún componente protésico nuevo a los ya existentes, se añadirían a la base de datos y se nombrarían tal y como específico en este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_0819 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBIAC ANDREU MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BUENO DELGADO ALVARO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GRACIA ROCHE CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARTAJONA RODRIGO ESTHER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Las heridas crónicas representan un verdadero problema de salud que conlleva importantes repercusiones tanto a nivel del paciente que las sufre, como en el ámbito socio-sanitario debido al consumo de recursos que implica su atención. Viéndose incrementados de forma considerable los costes para el sistema de salud.
Existe una variabilidad clínica en la atención prestada a estos pacientes que conlleva mantener a pacientes en el ámbito domiciliario cuando precisarían de una atención especializada.
Con este procedimiento pretendemos ofrecer una mejor gestión de las heridas crónicas en nuestro sector desde una perspectiva integral y multidisciplinar

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta.

- Mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitirá mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y reduciendo los tiempos de curación de las heridas.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Elaboración de un procedimiento de organización y gestión de una consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuará como “gatekeeper” dentro del sistema:
La comunicación entre AP y la consulta de heridas podrá realizarse a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la consulta
Se establecerán criterios de derivación entre la enfermera de la consulta de heridas y los especialistas correspondientes.
Se crearán los procedimientos clínicos correspondientes.

2. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales

3. Evaluación anual de indicadores

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Disponibilidad del procedimiento
- Número de consultas recibidas por intranet
- Encuesta de satisfacción a los coordinadores de enfermería de atención primaria
- % de pacientes que han requerido la derivación a la consulta del cirujano
- Pacientes ingresados de urgencia desde la consultax100/Total de pacientes atendidos en la unidad
- Pacientes derivados a cirujanox100/Total de pacientes atendidos en la unidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre16-Enero17 Elaboración del procedimiento

- Febrero 2017. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes

- Diciembre 17. Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Proyecto: 2016_0819 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HERIDA ABIERTA COMPLICADA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1168 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. COORDINADOR DE CALIDAD

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En este momento no está establecido en Atención Primaria del sector de Alcañiz un procedimiento de investigación de Helicobacter pylori en la patología gastroduodenal. Los pacientes se tratan empíricamente y no se verifica su erradicación, lo que no se corresponde con la evidencia recogida en las guías

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Introducir la determinación de Helicobacter pylori en Atención Primaria de acuerdo a los criterios de indicación establecidos en las guías. Actualizar los protocolos de erradicación de Helicobacter a lo dispuesto en el Consenso Español sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:
- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes
Valor a alcanzar 100%
Límite Inferior 80%
Límite superior 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La elaboración del proyecto se llevará acabo de forma inmediata con su implementación posterior.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1562 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO ISAAC BONO LAMARCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARA GARRIDO ANGELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hace dos años intentamos establecer y documentar un proceso de cirugía ambulatoria pero desistimos dado que al comparar lo que se hacía con los estándares del ministerio se consideraba que había que hacer un rediseño radical:
- Los pacientes tras la intervención suben a una habitación estándar de planta donde no hay observación directa, y se encuentran distribuidos por todas las plantas
- No está establecido ningún responsable de unidad. Cuando se produce una incidencia se acaba llamando al internista de guardia
- No se realiza la llamada post intervención a los pacientes intervenidos

En estas condiciones resulta imprudente seguir apostando por incrementar el número de procesos con indicación de cirugía ambulatoria en nuestro sector

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Garantizar la seguridad de los pacientes intervenidos en CMA mediante el establecimiento de un proceso de cirugía mayor ambulatoria acorde con los estándares del ministerio.
- Incrementar la tasa de sustitución de CMA en nuestro hospital

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Proponemos crear una unidad de cirugía ambulatoria. Queremos documentar, implementar y medir un proceso compuesto de los subprocesos preoperatorio, operatorio, post operatorio precoz y ambulatorio.
- La evaluación preoperatoria se llevará a cabo en la consulta de cirugía y anestesia, desarrollando un cuerpo documental de información e instrucciones para el paciente, genérico y por intervención, que actualmente no existe.
- El subproceso post operatorio se realizará en una unidad de cirugía sin ingreso en la que se desarrolle la monitorización de los pacientes de forma permanente por enfermería (actualmente los pacientes se quedan en habitaciones estándar con sus familiares sin supervisión directa del personal sanitario). Además el médico responsable (anestesista) estará permanentemente localizado y en la misma planta (lo que no siempre ocurre ahora)
- El subproceso ambulatorio (incluida la llamada del día anterior a la intervención) se desarrollará por las enfermeras de la unidad de cirugía sin ingreso .
Dicho proceso tendrá un responsable de Unidad (un anestesista) y un equipo de proceso multidisciplinar cuya misión será evaluar y mejorar el proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponibilidad física de unidad de cirugía ambulatoria (SÍ, NO).
Normalización del proceso de cirugía ambulatoria, disponible en la intranet del hospital) (SI,NO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio Septiembre: Acuerdos con las unidades correspondientes
Octubre: acondicionamiento de la unidad
Noviembre-Diciembre: Normalización

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INTERVENCIONES DE CIRUGIA AMULATORIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0053 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... PAULA GRACIA GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PABLO BRUNA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. BIOQUIMICA
· SOLE LLOP ESTHER. BIOQUIMICO/A. H ALCAÑIZ. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario y a pesar de ello no es tenido en gran consideración ni por los especialistas ni por los encargados de Salud Pública. Se calcula que los índices de desnutrición hospitalaria oscilan entre el 30 y el 70%.
Este desorden tiene consecuencias en el sistema inmune, tracto digestivo, función cardio-respiratoria y cicatrización de heridas, lo que se asocia con un incremento de la morbi mortalidad de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria, lo que además de ir en detrimento del paciente también repercute en el gasto hospitalario.
Desde hace unos años se ha desarrollado un índice que permite evaluar el riesgo de desnutrición en los pacientes mediante los parámetros analíticos: albúmina sérica, colesterol total y el recuento de linfocitos totales.
Este índice se procesa y genera automáticamente por el Sistema informático de laboratorio y se traduce en una alerta de desnutrición leve, moderada o severa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El índice CONUT permite al médico responsable:
- detectar el riesgo de desnutrició
- iniciar el tratamiento adecuado
- monitorizar la respuesta al tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Implementación de la herramienta informática en el SIL (Sistema informático de Laboratorio).
El índice se calcula mediante los siguientes parámetros: albúmina, coleterol y linfocitos.

Albúmina:
- >3.5 g/dl 0 puntos
- 3.5- 2.99 2 puntos
- 2.5- 2.99 4 puntos
- <2.5 6 puntos

Colesterol:
- >180 mg/dl 0 puntos
- 140- 179 1 punto
- 100- 139 2 puntos
- <100 3 puntos

Linfocitos:
- >1.6 linfo /ml 0 puntos
- 1.2- 1.59 1 punto
- 0.8- 1.19 2 puntos
- >0.8 3 puntos

según la puntuación global se estratifica:

Sin riesgo de desnutrición 0-1 puntos
Riesgo leve de desnutrición 2-4 puntos
Riesgo moderado de desnutrición 5-8 puntos
riesfo grave de desnutrición 9-12 puntos

- Introducir el índice en el perfil de ingreso de todos los pacientes hospitalizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Analizar los resultados a lo largo de los meses para ver la adecuación a este perfil y ver si se añade a otros pacientes.
- Pasar una encuesta para ver el tipo de acción tomada por los médicos responsables ante la constatación de un riesgo nutricional en sus pacientes.
- Elaborar unas conclusiones y recomendaciones para hacerlas llegar a los médicos del Hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero 2016

Proyecto: 2016_0053 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Introducción del índice CONUT en el SIL

Septiembre 2016
Estadística de CONUTS realizados en el periodo de febrero a agosto. Análisis de datos y realización de encuesta de satisfacción.

Octubre-Diciembre 2016
Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0215 ()

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... SUSANA RODRIGUEZ ALBA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· GUILLEN PISA ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· FUSTER BUJ MARIA ELENA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· FERRANDO RAMOS MARIA JESUS. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente se dispone de un programa de registro informatizado en la central de esterilización (TRAZ-INS) que se ha ejecutado de forma limitada en el proceso de esterilización. Sin embargo, el registro de lavado sigue siendo en papel.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la trazabilidad del instrumental lavado.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de lavado y documentación relacionada en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del proceso de lavado y documentos asociados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de material lavado registrado en el programa TRAZ-INS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de lavado y documentación asociada
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0216 ()

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GONZALEZ VAQUERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ ALBA SUSANA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· GUILLEN PISA ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· FUSTER BUJ MARIA ELENA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· FERRANDO RAMOS MARIA JESUS. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace meses disponemos del programa TRAZ-INS que facilita el registro de las cargas del esterilizador mejorando la trazabilidad del proceso de esterilización. En el momento actual se han registrado todas las cajas de material, pero falta de incluir el material suelto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la trazabilidad de la esterilización del material suelto.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de esterilización y documentos relacionados en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del procedimiento de esterilización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de material suelto registrado en el programa TRAZ-INS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de esterilización y documentos asociados
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0037 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO VAL LUIS IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOYA GOMEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· BALFAGON ORTIZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ROYO SOLER MIRIAM. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· LABORDA GALICIA NATALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es la informatización completa del área de Pacientes Ambulantes del Servicio de Farmacia y la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes hematológicos.
En la actualidad las prescripción médica, validación farmacéutica y preparación de las mezclas se realiza de forma manual.
Resultados hasta el momento: Durante 2014 y 2015 se realizó la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes pertenecientes a los Servicios de Oncología Médica, Reumatología, Dermatología y Digestivo con resultados muy satisfactorios. Se obtuvieron las mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración mezcla intravenosa-dispensación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de error.
- Aumento de la seguridad en la preparación de las mezclas intravenosas.
- Mejora en el proceso de prescripción médica
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica
- Mejora en el proceso de preparación de la mezcla intravenosa y su dispensación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
2. Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®)
3. Prescripción médica electrónica.
4. Validación farmacéutica electrónica.
5. Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
6. Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
7. Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Hematología.

Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informatizado del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del Servicio de Hematología

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2016: Configuración del programa informático
Noviembre 2016: Validación del proceso de informatización . Introducción de mejoras.
Enero 2017-Mayo 2017: Formación del personal implicado, implantación del proceso de implantación electrónica.
Mayo 2017-Septiembre 2017: Seguimiento e implantación de mejoras.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0753 ()

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRIBAS GARCIA JORGE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· NAVARRO PARDOS CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· PIQUERAS SERRANO CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ PAGAN ESPERANZA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El uso apropiado de antimicrobianos es necesario en aras de un beneficio ecológico (prolongación de la vida útil de los antibióticos). Además, la optimización de los tratamientos antibióticos debe contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan y minimizar la probabilidad de aparición de eventos adversos relacionados con su uso.
Son uno de los medicamentos más utilizados a nivel intrahospitalario (25-41% de los pacientes hospitalizados son tratados con antibióticos y sobre el 60% recibe al menos una dosis durante su ingreso) y, aunque son seguros, no están exentos de efectos adversos potencialmente graves. En el hospital de Alcañiz, según el estudio EPINE 2015, el 56% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico.
En España, se ha observado que los efectos relacionados con los antibióticos suponen el 20% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias por toxicidades farmacológicas, doblando la frecuencia de visitas asociadas a otros medicamentos tradicionalmente considerados de «alto riesgo»; e igualmente en pacientes hospitalizados, es el grupo terapéutico en el que se ha observado mayor frecuencia de efectos adversos a fármacos.
Por último, y desde una perspectiva institucional, en algunos países desarrollados los antibióticos representan un porcentaje importante del gasto farmacéutico hospitalario, (hasta el 30% del gasto de farmacia y el uso no óptimo se asocia además con costes indirectos, como la prolongación de la estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad de los pacientes.
La base fundamental para del uso apropiado de los antimicrobianos es la formación y el conocimiento. Formación en el método clínico para realizar el diagnóstico correcto y la evaluación de la gravedad, y conocimiento de la epidemiología local y de los principios de la antibioterapia para hacer la indicación correcta.
La ordenación y actualización de esos conocimientos no es fácil por la incorporación de nuevos antimicrobianos, nuevos conocimientos a la doctrina de las enfermedades infecciosas y la diversidad de la etiología de las infecciones a la que se añade la proporcionada por el marketing de la industria farmacéutica.
Se trata por lo tanto de un problema global del hospital que necesita una respuesta global.
Los programas institucionales de optimización de tratamientos antimicrobianos han demostrado su utilidad, en este sentido McDougall y Polk definen los PROA como la expresión de un esfuerzo mantenido de una institución sanitaria por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados con la intención de:
1. Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
2. Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo aquí la aparición y diseminación de resistencias).
3. Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducción de:
- la mortalidad y morbilidad de los pacientes con infecciones graves.
- los efectos adversos.
- las resistencias bacterianas.
- los costes económicos asociados a un uso incorrecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño, implantación (planificación, ejecución y verificación) y difusión de los resultados de un programa institucional de optimización de los antimicrobianos, dependiente de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica y de carácter multidisciplinar. La optimización incluye la indicación, selección, dosificación, vía de administración y tiempo de administración apropiados.
Pasos a seguir:
1. Constitución del grupo PROA: farmacéuticos, internistas y microbiólogos.
2. Programa institucional. Aprobación de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica, Dirección Médica y Comisión Central de Garantía de la Calidad.
3. Elaboración:
• Documento central: “Recomendaciones para el uso de antimicrobianos del Hospital de Alcañiz”.
• Guías de diagnóstico y tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes.
• Guía de profilaxis quirúrgica.
4. Programa formativo sobre antimicrobianos e información sobre el consumo de antimicrobianos y resistencias bacterianas.
5. Asesoría clínica a los Servicios.
6. Certificación del PROA.
7. Evaluación los resultados.

Proyecto: 2016_0753 ()

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores
- % elaboración de:
o Guía de Tratamiento Antimicrobiano.
o Informe anual de resistencia 2015.
- % de adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.
- % puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.
- % adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA.
Evaluación y Seguimiento trimestral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año (junio 2016 - mayo 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1485 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

2. RESPONSABLE ..... MOISES URIARTE PINTO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· RUIZ MARISCAL MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· GRACIA ROCHE CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· YAYA BEAS MANUEL RICARDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras cumplimentar en el año 2014 el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) observamos numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos.
En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano del nombre y nº de historia clínica del paciente, así como de la medicación en las hojas de autocalco de unidosis.
Además, según nuestros indicadores de historia clínica, más de la mitad no se firman por el médico responsable.
En estas condiciones la probabilidad de errores (legibilidad, abreviaturas, ausencia de identificación…) aumenta considerablemente.
Por otra parte al bajar en papel a farmacia suelen bajar todas juntas y a última hora teniendo que realizar apresuradamente su transcripción al programa informático de farmacia y el posterior llenado de los carros de unidosis, lo que aumenta la probabilidad de aparición de errores.
Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica en el módulo de Unidosis de FarmaTools® evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y la transcripción de la orden médica en farmacia para introducirla en el módulo de Unidosis de FarmaTools® para la preparación del carro de unidosis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Conseguir que las prescripciones sean legibles por el servicio de farmacia
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción por si precisa ajuste de dosis
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.
7. Conseguir que todas las prescripciones sean validadas por un farmacéutico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®.
a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
b. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.
Como recursos materiales será necesario dotar las unidades de material informático necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición del indicador: porcentaje de órdenes de tratamiento que llegan de forma electrónica respecto al total de órdenes médicas totales.
(Órdenes médicas electrónicas / Total de ordenes médicas electrónicas y papel) x 100
Fuente de Datos: Auditoria
Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.
Límite Inferior: 40%
Límite superior: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Agosto de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.
Septiembre de 2017: Formación a los facultativos.
Octubre de 2017: implantación definitiva.
Enero de 2018: evaluación de resultados.

Proyecto: 2016_1485 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías. Afecta a todo paciente que ingrese en nuestro hospital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1610 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

2. RESPONSABLE ..... YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. DAP ALCAÑIZ. CALIDAD ASISTENCIAL
· URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· MARTINEZ FERRI MARIA JOSE. ENFERMERO/A. HOSPITAL ALCAÑIZ. CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el año 2014 cumplimentamos el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) que señaló numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos. En el mismo año realizamos una auditoría de botiquines que mostró numerosas deficiencias que hemos ido corrigiendo (por ejemplo comprando armarios de medicación y cambiando cajetines con identificación de los fármacos peligrosos). Queda una última parte que es la elaboración e implantación de un procedimiento de gestión de botiquines que afecte a todo el hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sistematizar la gestión del botiquín, mejorando el orden en los controles, la gestión de caducidades, asegurar la disponibilidad de stocks sin tener que almacenar gran cantidad de productos en planta e identificar los fármacos de alto riesgo en los cajetines identificados por colores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Acciones formativas para enfermería del hospital. Auditoría anual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponiblidad de formato de caducidades cumplimentado mensualmente, disponiblidad de formato de rotura de stock cumplimentado, registro de caducidades cumplimentado, ausencia de fármacos caducados, fármacos con fecha de apertura en nevera, cajetines con fármacos de alto riesgo identificados con color distinto.
Fuente de Datos: Auditoría

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio 2017: Procedimiento de gestión de botiquines. Responsable JM TURÖN
Septiembre 2017. PLAN DE FORMACIÓN. MJ MARTINEZ FERRI
Enero 2017: AUDITORIA.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA, EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· GIMENO PELEGRIN JOAQUIN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· RUIZ MARISCAL MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· PIQUERAS SERRANO CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· SALAS ALCANTARA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· HERNANDEZ MACHIN PILAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es la elaboración e implantación de la guía del PROA, para el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en pacientes con neoplasia maligna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
· Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con fiebre neutropénica.
· Minimizar los efectos adversos asociados al uso de antimicrobianos.
· Reducir las resistencias a los antimicrobianos.
· garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
· Formación de un grupo multidisciplinar de profesionales expertos, procedentes de las áreas de Hematología, Oncología y Medicina Interna.
· Realización de revisiones exhaustivas de la literatura científica sobre los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en el paciente con neoplasia maligna, con el fin de ir actualizando la guía PROA.
· Aprobación y revisión periódica de la guía PROA por la Comisión de infecciones y antimicrobianos del Hospital de Alcañiz.
· Difusión de la guía a todos los profesionales del centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los miembros del grupo deberán realizar las tareas de campo del programa, por lo que tendrán que realizar una parte de su tarea asistencial ligada al mismo.
La evaluación y seguimiento del guía PROA, se hará en el seno de la Comisión de infecciones y antimicrobianos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
· Septiembre 2016: Presentación de la guía.
· Revisiones durante todo el año 2016 y hasta Septiembre de 2017.
· Monitorización mensual del consumo de antimicrobianos en pacientes con neutropenia febril y neoplasia maligna.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1565 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORAR LA GESTION DEL QUIROFANO

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO RECHE SABATER
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una incidencia frecuente en los quirófanos es la suspensión de una intervención por motivo de otra intervención urgente. Es frecuente que, cuando esto se produce, el quirófano no esté avisado por lo que, por la mañana, preparan la intervención y baja otro paciente, teniendo que deshacer el trabajo realizado y ralentizando la actividad del quirófano.
Por otra parte no conseguimos un registro fiable de los motivos de suspensión quirúrgica dado que se registra en papel y con frecuencia queda vacío por lo que queda a criterio de la secretaria el motivo de la suspensión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la eficiencia del tiempo de quirófano
- Mejorar el registro de los motivos de suspensión quirúrgica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de grupo de trabajo con cirujanos, anestesistas, enfermeras y administrativos relacionados con el proceso
- Elaboración de un registro informático adaptado a las necesidades de todos
- Formación en el manejo del programa
- Implementación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponiblidad del programa (SI.NO)
% de partes de quirófano informatizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Creación de grupo de trabajo (objetivo determinar contenidos del parte): Julio 2017
2. Diseño de programa informático: Septiembre-Octubre 2017
3. Formación en el manejo del programa: Noviembre 2017
4. Junio-Diciembre 2017. Implementación del programa
5. Marzo 2018: Evaluación del uso del programa mediante el indicador descrito

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes quirúrgicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0314 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARIA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALAS ALCANTARA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ARTAJONA RODRIGO ESTHER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· MAURAIN VILORIA ANA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA LARA ENCARNACION. TCAE. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE. CELADOR/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El protocolo actual lleva varios años en funcionamiento y se ha visto la necesidad de revisarlo para mejorar las situaciones clínicas que se presentan en el trabajo diario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención integral del paciente que ingresa con fractura de cadera en nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisar las patologías médicas que más frecuentemente se presentan por parte del Servicio de M. Interna y realizar un protocolo de actuación sobre las mismas. Crear una pauta de actuación por parte del Servicio de Traumatología de las pautas a seguir respecto a la patología traumatológica. Por parte de enfermería, auxiliar y celador revisar el proyecto de atención durante el ingreso en este tipo de pacientes y actualizarlo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará la estancia media obtenida y el grado de comorbilidad de los pacientes junto con las complicaciones presentadas; así como el grado de satisfacción de los pacientes de la atención recibida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: octubre 2016
Fecha de finalización: mayo 2017
Actividades previstas:
De octubre a enero: revisión del protocolo actual y revisión de la bibliografía del tema.
De febrero a mayo: redacción y publicación del nuevo protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1611 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. DAP ALCAÑIZ. CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Comisión de Historias Clínicas monitoriza la calidad de los registros de la Historia Clínica con criterios Joint Comission. Desde hace años, aunque se han implementado acciones de mejora diversas, hay varios indicadores problemáticos destacando el registro de firma en las hojas de evolución y tratamiento y la ordenación de la historia clínica. Como el hospital nunca ha tenido HP DOCTOR no existía disponibilidad de los informes de alta en la historia compartida
1. Implantar en el año 2016 el módulo de hospitalización de la Historia Clínica Electrónica del SALUD
2. Ordenar la información clínica actualmente desordenada en las historias de papel lo que ralentiza el proceso clínico, algo especialmente relevante en situaciones urgentes
3. Evitar los problemas de identificación de profesionales y pacientes que reiteradamente ha venido encontrando la Comisión de Historias Clinicas
Reducción del tamaño de los archivos de papel, para optimizar espacios en el hospital (con el expurgo del año pasado se consiguió espacio para el servicio de Anatomía Patológica) reduciendo costes de alquiler en edificios ajenos al hospital (que por cierto carecen de estructura antiincendios estando bajo de bloques de viviendas corriendo graves riesgos)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el uso de la historia clínica electrónica en el Hospital de Alcañiz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A todo pacientes ingresado se le rellenará el módulo de ingreso, la hoja de evolución y el informe de alta.
Se va a crear un grupo de formación en Historia Clínica Electrónica que va a desarrollar un programa de formación por las distintas plantas de hospitalización y se encargará de realizar formación concurrente en función de los resultados de monitorización.
Monitorización de indicadores: Enero, Junio y Diciembre 2017
Se propone para fin de año cerrar el módulo de altas del HP-HIS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el informe de alta (Estándar 80%)
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el registro de evolución clínica diaria (excepción: festivos) (Estándar 50%)
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el módulo de ingreso cumplimentado (Estándar 80%)
Fuente de datos: auditoria HCE en el último trimestre de 2017

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Ya comenzado, excepto en los registros de evolución clínica donde se está pendiente de recursos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0951 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) plantean una notable carga de enfermedad y un elevado coste. Constituyen un problema importante de seguridad del paciente, siendo el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria.
Gran parte de las IRAS se pueden prevenir mediante una buena higiene de manos, en el momento oportuno y de forma apropiada, siendo esta una medida sencilla, de probada eficacia y ampliamente reconocida.
Las directrices de la OMS en esta materia contribuyen a promover y mejorar la higiene de manos en los centros sanitarios, complementándose mediante la Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de la Higiene de las Manos.
Este proyecto pretende contribuir a implementar dicha estrategia, mejorar el conocimiento y percepción de los profesionales respecto a la higiene de manos, promover su adecuado cumplimiento, contribuir a la reducción de las IRAS y fomentar la cultura de seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos de este proyecto son promover una correcta higiene de manos en los profesionales sanitarios, disminuir la incidencia de IRAS y fomentar la cultura de la seguridad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Inicialmente se prevé realizar un análisis de situación mediante la cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de las manos propuesto por la OMS, considerado como instrumento sistemático validado para identificar las cuestiones fundamentales susceptibles de atención y mejora.
- Evaluación de infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA)
- Conocer la percepción y conocimiento de los profesionales mediante la realización de cuestionarios editados por la OMS (“Cuestionario de los conocimientos sobre la higiene de manos destinado a los profesionales sanitarios”, y “Cuestionario de percepción destinado a los profesionales”).
- Elaborar un programa formativo en materia de higiene de las manos.
- Realización de actividades formativas y talleres en unidades centrales, médicas y quirúrgicas, dirigidos a profesionales sanitarios.
- Recordatorios y celebración del 5 de mayo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Número de actividades formativas impartidas.
• Porcentaje de profesionales formados.
• Consumo de soluciones hidroalcohólicas, Se contabilizarán los productos de base alcohólica suministrados a los servicios asistenciales, expresados en litros.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Enero 2017: Cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de manos. Evaluación de infraestructura y disponibilidad de PBA.
• Febrero 2017: Elaboración del programa formativo.
• Marzo – Diciembre 2017: Realización de cuestionarios y talleres formativos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1262 ()

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO DORADO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. FARMECEUTICA. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad el Hospital de Alcañiz no oferta la vacunación a la población en riesgo con alguna patologia que ocasiona inmunosuporesión o por tratamientos que secundariamente por eventos adversos contribuyen a un estado de inmunosupresión.
Ocasionando en el paciente un riesgo mayor a contraer una serie de enfermedades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear un circuito o acceso al paciente con algún tipo de riesgo de inmunosupresión a estar correctamente vacunado según su patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La unidad de Medicina Preventiva conjuntamente con los Servicios de Farmacia hospitalaria y de Atención Primaria realizaran un circuito que facilite la vacunación de los pacientes en riesgo.
A corto plazo se vacunarán en su Centro de Salud, esta vacunación estara indicada desde la Unidad de Medicina Preventiva mediante un Informe médico con la indicación de vacuna y dosis a seguir.
A medio plazo crear una consulta de vacuanción por medicina Preventiva asi facilitando el acceso a los pacientes que precisen de dicha vacunación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de personas correctanente vacunada
Se creará una base de datos con los pacientes que presenten una solicitud de vacunación de los Servicios que crean precisan dicha vacunación. Con dicha información se realizará si precisa o no vacunación.
Si no precisa se regresará solicitud al Servicio Remitente.
Si precisa vacunación se remitira informe a Farmacia y a Centro de Salud para realizar la correcta vacunación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizará protocolo con circuito a establecer a corto plazo.
Posteriormente se enviara a crear la consulta de vacuanción a Cartera de Servicio del Servicio Aragones de Salud, una vez creada la consulta se procederá a vacunación en dicha consulta.

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Seguridad clínica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías con algun estado de inmunosupresión
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0288 ()

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO PARDOS CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ABAS VILA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· AYORA RUBIO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· NAVARRO DORADO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ORTIZ MILLAN PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· TOMAS BLASCO PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· VALLES CASES SARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La necesidad de disponer de un documento en el que se refleje detalladamente el procedimiento para la recogida y envio de las tomas de muestras en Microbiologia.
Esto es imprescindible para la obtención de unos resultados fiables que permitan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas de nuestros pacientes.
Así mismo esto redunda en un descenso de contaminaciones en dichas muestras, lo cual habitualmente supone un incremento en el número de pruebas diagnósticas con el
consiguiente gasto económico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar la recogida y transporte de las muestras microbiológicas.
Minimizar las contaminaciones de las muestras remitidas.
Garantizar la fiabilidad resultados emitidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recopilar información a partir de documentos de sociedades científicas asi como de la metodología utilizada en otros centros.
Evaluar la metodología utilizada actualmente en nuestro área sanitaria.
Consensuar un documento en el que se refleje la información recogida.
Difusión del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de una encuesta para evaluar la difusión del documento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Constitucion equipo trabajo
-Elaboración Manual de toma de muestras (Estimado 28 Febrero 2017):
-Consenso con el personal de enfermeria (30 marzo 2017)
-Difusión (30 Junio 2017)
-Evaluación del nivel de divulgación alcanzado mediante encuestas (30 octubre 2017)

9. OBSERVACIONES.
En el punto de "Tipo de patología, en la población Diana, no comprendemos el por qué se consideran las enfermedades infecciosas y parasitarias con el término "ciertas".

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

2. RESPONSABLE ..... OLGA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
· BIELSA GRACIA SARA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En las reuniones de la Sociedad Aragonesa de Nefrología realizadas a lo largo del año 2016, quedó puesto de manifiesto la conveniencia de actualizar nuestros criterios de inclusión de pacientes con ERC avanzada en lista de espera (LE).
El marco de esta modificación se ajusta a los siguientes hechos recogidos en Guías Clínicas (en este caso las británicas)
- El trasplante renal (TxR) debería ser la opción de elección para el tratamiento renal sustitutivo (TRS) de todos los pacientes con ERC grado 5 que sean aptos para afrontar la cirugía del trasplante y el tratamiento inmunosupresor crónico. (1A)
- Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para TxR. (1A)
- La inclusión en LE estará limitada no tanto por la edad como por la comorbilidad asociada y el pronóstico vital del paciente (1A)
- Los pacientes con deterioro progresivo de la función renal deberían ser incluidos en LE en los seis meses anteriores de su fecha estimada de inicio de diálisis(1A)

Existe una notable inercia a incluir a los pacientes en LE únicamente cuando han iniciado tratamiento dialítico. Esta pauta genera importantes retrasos en el acceso de los pacientes a la LE y es difícilmente entendible y aceptable hoy.
- Si desde la consulta ERCA anticipamos la elección de la modalidad de TRS, la realización del acceso vascular, etc. No hay motivos para no ser igual de diligentes en poner a punto cuanto antes la mejor opción de TRS que es el TxR?
- La pauta actual determina retrasos en la incorporación en LE de hasta 16-17 meses de media. Este hecho, potencialmente modificable, tiene un notable impacto en la mortalidad de los pacientes y en el resultado funcional de los injertos a largo plazo
- El retraso en la incorporación es multifactorial y depende de las actuaciones, exploraciones y consultas de numerosos servicios que tienen sus propias pautas de trabajo. Es difícil modificar estas pautas. Por contra, la anticipación por nuestra parte, es una conducta fácilmente realizable que puede mejorar los tiempos de inclusión en LE

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- La reducción del periodo entre inicio de diálisis e inclusión en LE, puede traducirse en una mayor supervivencia del injerto y una reducción de la elevada mortalidad de esta población (el 50% de los pacientes > 60 años mueren en LE sin ser trasplantados")
- La inclusión anticipada de pacientes aptos para TXR, con ERC progresiva y filtrado glomerular estimado <20 ml/min. en los que se prevea la necesidad de diálisis entre 6 meses y un año, incrementará el número de potenciales receptores en disposición de recibir un injerto. Este hecho disminuirá el número de órganos que no se implantan por falta de receptores apropiados, dando pie a que estos pacientes reciban un trasplante renal anticipado
- No tenemos que generar ninguna estructura asistencial, disponemos de las consultas ERCA desde donde podemos gestionar adecuadamente la inclusión en LE
- No se genera un conflicto entre pacientes "prediálisis" y "en diálisis" a la hora de ser receptor de un injerto. Los pacientes en diálisis siempre tendrán, en el "score" de puntuación que determina la asignación del órgano, puntos crecientes en función del tiempo de permanencia en diálisis
Las ventajas adicionales serían:
1. Especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.
2. Margen de tiempo para ampliar estudios en situaciones conflictivas (p. ej. cardiopatía isquémica) sin tener que ampliar el tiempo de permanencia en diálisis
3. Ampliar las posibilidades de trasplante de los pacientes hipersensibilizados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En la consulta ERCA de forma paralela a la preparación del paciente al TRS y a medida que la enfermedad renal progresa, se solicitaran las pruebas complementarias requeridas (según protocolo del hospital Miguel Servet) para su inclusión en LE. Aquellas pruebas que requieran el uso de contrastes intravenosos, dado su potencial nefrotóxico, no se realizarán antes del comienzo de la diálisis
Igualmente, se vacunará al paciente en prediálisis en función de los resultados serológicos y el protocolo de vacunación para esta población

Proyecto: 2016_1173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estos indicadores permiten reflejar la actividad de las Unidades respecto al TxR y realizar comparaciones constructivas entre los distintos servicios de la C.A.
• Porcentaje de pacientes < 65 años incluidos en LE
• Porcentaje del total de pacientes en TRS, incluidos en LE
• Tiempo entre inicio de diálisis e inclusión en LE
El seguimiento y la evaluación se realizarán al final de cada año coincidiendo con la memoria anual de la lista de espera de TXR de Aragón.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad renal crónica avanzada
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
· ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PRUEBAS FUNCIONALES
· FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el servicio de Neumología se realizan diferentes pruebas y cada una ellas con una técnica diferente. Con este proyecto pretendemos unificar criterios en la realización de las pruebas haciendo una revisión bibliográfica de los manuales existentes.
Además pretendemos que se describan de una manera clara para que cualquier persona que llegue a la unidad tenga la información necesaria de la manera de proceder.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificación de los criterios en la realización de las pruebas.
Mejora de la práctica clínica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades:
- revisión bibliográfica de cada una de las pruebas.
- repartir las diferentes técnicas entre los miembros del grupo.
- realización de los diferente documentos.
Recursos:
- una reunión para la repartición de las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro del grupo necesitará bibliografía de las técnicas que tengan que revisar, uso de manuales que están en el servicio de Neumología o uso de internet.
- se realizará otra reunión para la revisión entre todos los miembros del grupo.
- medios materiales para tener un dossier repartido en las diferente salas que forman parte de la unidad de Neumología.
- colgar la información en la intranet.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponer de manual de procedimientos de las técnicas que se realizan en la unidad de Neumología colgado en la intranet

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2017:
- reparten las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro se encarga de elaborar el documento de la técnica que le haya tocado.
Mayo 2017:
- puesta en común de las técnicas elaboradas
Junio 2017:
- elaboración del dossier
- llevar a cabo las técnicas descritas con las incorporaciones de los cambios que se puedan hacer tras la elaboración de este dossier.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1313 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· ABAD GRACIA CRISTINA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· TELMO HUESO SIRA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GUIU CAMPOS MIGUEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· VAQUE BIELSA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA
· SENDER ALEGRE LAURA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· LAHOZ MACIPE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existe una Unidad de Deshabituación Tabáquica acreditada en el Hospital de Alcañiz desde hace dos años que esta en funcionamiento y con un buen rendimiento, pero seguimos con un infradiagnóstico y necesidad de tratamiento en una enfermedad tan prevalente como es el tabaquismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ya se derivan y atienden a estos pacientes desde atención primaria a la unidad de atención especializada pero pensamos que debemos realizar un circuito y una restructuración del sistema derivativo para ofrecer una mejor calidad asistencial a estos pacientes. Reforzando tambien la atención que se puede realizar en atención primarian a estos pacientes manteniéndose así una buena comunicación entre los 2 puntos de atención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un protocolo de atención en atención primaria al paciente fumador, mejorando su identificación y tratamiento en una intervención breve. Realizar un protocolo de derivación para los pacientes más complejos desde atención primaria a la unidad de especializada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de utilización del protocolo en primaria.
Aumento de las derivaciones de primaria a especializada
Encuesta de satisfacción a profesionales de primaria tras dar a conocer el protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Puesta en marcha del grupo de trabajo mayo 2017
Realización de los protocolos mayo 2017-noviembre2017
Comunicacion del protocolo a atención primaria y hospitalaria noviembre 2017-enero 2018
Encuentas de satisfacción mayo 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0699 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

2. RESPONSABLE ..... ESTHER PEREZ ANGOSTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· GRACIA GIMENO PAULA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· HEREDIA FERRER LOURDES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA
· LACARTA GARCIA PEDRO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) en muy prevalerte en enfermedades neurológicas. Hasta el 60% de los pacientes con ictus la presentan en fase crónica, estas cifras se elevan al 100 de los casos de Esclerosis lateral amiotrófica o del 84% en la Enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes se identifican síntomas y signos de disfagia orofaríngeas en todos los estadios del proceso clínico. La dificultad de deglución puede provocar aspiración y reducción de la ingesta oral, y secundariamente complicaciones de salud serias: neumonía, desnutrición y deshidratación. La detección precoz de la disfagia permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada paciente y evitar las complicaciones señaladas. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos ambulatorios
- Selección de las estrategias terapeúticas más adecuadas para conseguir una deglución eficaz y segura
- Adaptación de las dietas orales o enterales, e implementación de técnicas compensatorias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución de equipo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento operativo de detección de la disfagia en pacientes seguidos en la consulta externa de Neurología con registro específico.
- Información al paciente y a la familia sobre la disfagia y las técnicas compensatorias para evitarla

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes ambulatorios remitidos a los que se les aplica el procedimiento de detección de disfagia
% de pacientes que presentan disfagia orofaríngea remitidos.
% de pacientes a los que se les introducen estrategias específicas para conseguir deglución segura y eficaz
Grado de satisfacción de los usuarios por la información recibida

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Diciembre 2016-Febrero 2017
- Implementación en la práctica habitual: Marzo 2017-Octubre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0944 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· TENA EJARQUE MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ANDRES PALLARES MARIA JOSE. TCAE. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· CURA BELMONTE NOELIA. TCAE. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ADELL PELLICER SARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Área de Ictus es un área de hospitalización específica situada en un área geográfica bien definida dentro del servicio de Neurología de un hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y personal de enfermería con formación y experiencia en el manejo del Ictus agudo y sus complicaciones. Dentro de la estrategia de ictus del Servicio Aragonés de Salud, se incluye el desarrollo de áreas de ictus en los hospitales comarcales. El objetivo de estas es disminuir la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Su indicación de ingreso son pacientes con ictus isquémico o hemorrágico de menos de 24 horas de evolución, sin límite de edad, independientemente del grado de afectación clínica.
Actualmente el hospital de Alcañiz no dispone de Area de ictus

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Creación de un área de ictus
-Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz
-Reducir la estancia media de los pacientes con ictus en el hospital
-Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de un subproceso de área de ictus en forma de vía clínica de 72 horas de duración con establecimiento de salidas de vía y coordinación con el subproceso de rehabilitación del hospital
-Formación a los profesionales del área de ictus
-Difusión a los servicios relacionados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Disponibilidad del procedimiento
-Tasa de mortalidad por ictus
-Estancia media de pacientes con ictus en el hospital
-Estancia media en área de ictus
-Análisis de salidas de vía
-% pacientes que comienzan rehabilitación antes de 48 horas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Octubre 2016-Diciembre 2016
- Implementación en la práctica habitual: Enero 2017-Mayo 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0131 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LAHOZ PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· SEBASTIAN SANZ ASUNCION. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· ANDREU GISBERT MARIA PILAR. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· BARRABES SANCHEZ MIRIAM. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· BALFAGON GOMEZ CARMEN. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· SANCHO VIVES ESTHER. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· HURTADO LOPEZ CARMEN. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Hospital de Alcañiz está implementando una estrategia de gestión por procesos. Con vistas a aumentar la seguridad del proceso de atención al parto y reducir la variabilidad en la prestación del servicio, el Servicio de Obstetricia considera necesario establecer, documentar implementar y medir el proceso de atención al parto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer, documentar, implementar, medir y mejorar el proceso de atención al parto.
Se pretende un modelo cuyos principios rectores sean la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de equipo de proceso multidisciplinar.
- Revisión de literatura.
- Establecimiento de lo que se realice y contraste frente a estándares de la literatura, modificando los aspectos que se consideren mejorables.
- Determinación de necesidades estructurales.
- Documentación del proceso: Documento del proceso/subprocesos, procedimientos operativos, instrucciones técnicas y documentación externa.
- Implementación del proceso.
- Medición, análisis y mejora en línea con lo establecido en el manual de calidad del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- %de partos con analgesia epidural.
- % de cesáreas.
- Tasa de episiotomías.
- % de pacientes con desgarros perineales.
- % de pacientes a las que se les aplica el protocolo de alumbramiento dirigido.
- % de recién nacidos a los que se les aplica el contacto piel con piel en la sala de paritorio.
- % de pacientes con factores de riesgo de hemorragia postparto a las que se aplica el protocolo de prevención de la misma
- % de recién nacidos con un Apgar inferior a 6

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación de equipo de proceso: Octubre 2016
- Documentación del proceso: Octubre- Noviembre 2016
- Medición: indicadores semestrales, recogida continua de incidencias

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0299 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DEL MANEJO EN URGENCIAS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA GESTANTE

2. RESPONSABLE ..... JULIO DOMINGUEZ FUENTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALOS PUEYO LUIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARRIBAS MARCO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GUILLEN HERRERO MARIA JESUS. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS
· MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ANDREU GISBERT MARIA PILAR. MATRONA. H ALCAÑIZ. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La rotura prematura de membranas (RPM), se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto.
En la RPM a término (>37 semanas), el parto tiene lugar, en el 95% de los casos, en menos de 3 días desde la rotura. En cambio, en la RPM pretérmino (<37 semanas), suele presentar un intervalo de tiempo hasta el parto de una semana o mas.
La rotura prematura de membranas puede ocasionar complicaciones maternas y/o fetales. A nivel materno, existe mayor riesgo de corioamnionitis clínica, infección postparto, desprendimiento de placenta e incluso, sepsis materna. A nivel neonatal, encontramos un riesgo incrementado de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón.
Por todo ello, es preciso contar en el Servicio, con un protocolo de manejo, que disminuya la variabilidad de actuación entre los profesionales, y así, minimizar los posibles riesgos que resultan de una actuación no adecuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la rotura prematura de membranas en urgencias.
? Difundir el protocolo entre todos los profesionales que tratan a la gestante cuando llega a urgencias.
? Unificar criterios en el Servicio de Obstetricia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Realizar una búsqueda sistemática de la bibliografía publicada en cuanto a métodos diagnósticos y tratamiento de la rotura prematura de membranas en urgencias.
? Homogeneizar criterios entre los distintos profesionales del Servicio de Obstetricia
? Elaborar un protocolo de actuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Elaboración del protocolo del manejo de la rotura prematura de membranas en urgencias, en el plazo establecido.
? Porcentaje de pacientes con diagnóstico de RPM en los que se ha aplicado el protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Realizar una búsqueda sistemática de la bibliografía publicada en cuanto a métodos diagnósticos y tratamiento en la gestante: Octubre 2016.
? Redactar el protocolo : Noviembre 2016.
? Difusión del protocolo entre los profesionales implicados en la atención a la gestante en urgencias: Diciembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0609 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALOMAR JOVEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· SERRET GASCON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ANDRES LOPEZ VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· INSA GOMEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OLIVEROS GARIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COMAS MANAUTA EVA. TCAE. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La vigilancia y cuidado de los pezones constituyen una parte importante de la actividad propia de la enfermera en el servicio de Tocologia tras el inicio de la lactancia, con el fin de tener una lactancia exitosa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Extandarizar la actividad a la hora de detectar y tratar las grietas si se producen.
- Evitar las posibles complicaciones derivadas de una mala postura al amantar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Vigilancia por parte del personal (enfermeras y auxiliares) de una toma durante su estancia (o mas si hay problemas)
- Registro de lo observado en tabla que elaboraremos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Tabla realizada para este fin, que se elavorara una vez aprovado el proyecto.
- Se registrara en la tabla, y se evaluaran resultados en tres meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer mes desde la aceptacion: Reunion de todo el equipo para elaboracion de la tabla.
- Evaluación de los resultados y conclusiones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0941 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DE PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA SANCHEZ LAHOZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO SALESA ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOREN AGUILAR MARINA. TCAE. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MAGIMENEZ HERNANDEZ MARIA. TCAE. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES. TCAE. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ANDREU GISBERT MARIA PILAR. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Promover y favorecer el contacto piel con piel y la relación maternofilial por los grandes beneficios que aporta para ambos:
- Favorece el vínculo afectivo
- Mejora el control de la termorregulación del R.N.
- Disminuye el distress respiratorio
- Evita la hipoglucemia del niño
- Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
- El niño se pone en contacto con las bacterias propias de la madre

Se considera que el contacto piel con piel debe de durar al menos 70 minutos.
Esta práctica está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Favorecer el vínculo afectivo
- Disminución del riesgo de hipotermia neonatal
- Favorecer el inicio precoz de lactancia materna

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un protocolo de actuación
- Elaboración de una planilla de recogida de datos
- Presentación del protocolo al resto de los miembros del equipo de paritorio
- Elaboración de un diptico sobre las ventajas del contacto precoz madre-hijo que se entregará a las embarazadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de madre-hijo que inician el contacto piel con piel /nº total de partos vaginales
- Nº madre-hijo que inician la lactancia materna / Total de partos vaginales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre 2016 Constitución del grupo de trabajo
- Diciembre 2016 Elaboración de un protocolo para favorecer el contacto piel con piel y una planilla de recogida de datos
- Enero 2017 Implantación del proceso
- Febrero2017 Elaboración del diptico y entrega a las mujeres embarazadas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0015 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CASTRO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATRE REBLED BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· RIOS RAFALES NOELIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente en el hospital de Alcañiz no existe un protocolo preoperatorio explícito de la intervención de catarata, lo que se traduce en ocasiones en variabilidad en la preparación de estos pacientes, lo que podría motivar la repetición de pruebas, la necesidad de una nueva cita, y en último extremo podría retrasar el desarrollo de la intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer, documentar, implementar y medir un procedimiento preoperatorio único y explícito para el hospital de Alcañiz, tanto con fines de homogeneizar la atención prestada como para servir de formación de acogida a nuevos profesionales en el servicio. Además esperamos que salgan registros específicos que un día puedan ser incorporados a la historia clínica electrónica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo
- Elaboración de un protocolo basado en la mejor evidencia disponible, pero adaptado a la estructura y tecnología del hospital
- Implementación mediante actividades de formación
- Medición de la implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad del procedimiento, aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % de pacientes intervenidos con registro del procedimiento preoperatorio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
6 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CASTRO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATRE REBLED BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El consentimiento informado (CI) de los pacientes es por un lado una manifestación del principio de autonomía personal aplicada al campo de las relaciones medicas; pero también es un mecanismo de intervención jurídica en el campo de la medicina. Con él se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, o el deber del medico de infórmale y obtener su consentimiento. Actualmente existen, en el Servicio de Oftalmología, patologías o procesos en los que el CI o no existe, o está anticuado, o no está suficientemente detallado, con las implicaciones que estas carencias pueden tener.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar, actualizar y mejorar los CI que existen en estos momentos en el Servicio, e incorporar nuevos CI de todas aquellas intervenciones o procesos que lo precisen. Además, esperamos incorporar a la Intranet del Sector dichos documentos, mejorando la accesibilidad a los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo. Inicialmente, se revisará cada uno de los documentos vigentes, y se definirán los procesos en los que hay que incorporar el CI. Posteriormente, se consensuarán con otros Centros Hospitalarios o Sociedades Científicas, para homogeneizar la información. Se realizarán reuniones en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso, y finalmente se incorporarán a la web, para su difusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad de todos los CI.
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % procesos o intervenciones que requieren CI, en los que se completa correctamente la información y firma del documento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el transcurso de 2017, con fecha de finalización en Diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0898 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· GIMENO PEREGRIN JOAQUIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es bastante habitual que el paciente oncológico haga uso de distintos Servicios del sistema de salud como: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias, Urgencias en domicilio y otras Especialidades. Para un manejo integral de estos pacientes es imprescidible conocer los datos más importantes de su enfermedad oncológica así como los tratamientos a los que está sometido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar la trazabilidad en la historia clínica de los pacientes oncológicos para mejorar la accesibilidad a la información clínica más relevante de dichos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un INFORME MÉDICO por parte del oncólogo en el momento de la primera visita, el alta, la derivación al ESAD o cualquier otro evento relevante en la evolución del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de primeras visitas con informe médico por parte del oncólogo.
Fuente: muestreo de historias de un período determinado a partir de
los listados de consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2017: inicio implantación.
Junio 2017: Fin de la implantación a la vista de los resultados de la
medición del indicador.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0730 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

2. RESPONSABLE ..... ESPERANZA REAL CORDERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MIRAVETE GONZALEZ ELENA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ARIÑO ALBAJEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· ROMERO ARASANZ EMMA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la reciente creación de Hospital de Día como unidad, no existe un manual que recoja de manera unificada y actualizada todos aquellos procedimientos, técnicas y tratamientos que actualmente se realizan en dicha unidad. Así mismo, el personal nuevo que acude a la unidad no tiene un referente escrito de todo aquello que se realiza y de todo lo que puede consultar de manera fácil, como herramienta de formación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener un material de consulta disponible, unificado, fácil y accesible, que se encuentra en la unidad y en la web del hospital, donde el personal actualice y consolide todos aquellos conocimientos, procedimientos y tratamientos que se llevan a cabo actualmente en el HdD; de manera que se trabaje de manera consensuada y protocolizada, evitando errores, rentabilizando el tiempo y consiguiendo mayor seguridad en la atención al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión de protocolos y actualización de los mismos.
-Revisión de esquemas de quimioterapia.
-Elaboración del manual.
-Publicación del manual en la unidad y en la Intranet del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Consulta rápida y actualizada de procedimientos y actividades, de manera segura y consensuada por todo el personal; evitando así dudas, pérdida de tiempo por ello y ganado en seguridad hacia el paciente y hacia el propio personal.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre y Noviembre2016: revisión de protocolos y actualización de los mismos. Revisión de esquemas de quimioterapia

Diciembre 2016:Elaboración del manual
Enero 2017: Publicación del manual en la unidad y en la web del hospital

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ ROMERO BEGOÑA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las audiometrías se guardan actualmente en formato de papel y queda archivadas dentro de la historia clínica de papel. Como su tamaño es pequeño, suelen extraviarse, y en historias grandes cuesta localizarlas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar el extravío de los registros de audiometría/ favorecer su localización dentro de la historia clínica de papel mediante la creación de un registro informático específico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Instalación de software OTOACCESS por parte del servicio de informática

* Conexión con el audiómetro

* Formación para el manejo del software

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* % de pacientes a los que se ha realizado audiometría con registro en el programa otoaccess.

* Medición: Enero 2018.

* Estándar 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
* Mayo 2017: Instalación de software y formación en el manejo del mismo

* Junio 2017. Inicio de actividad

* Enero 2018. Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDEN RUEDA CLAUDIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GAIBAR ANGUERAS PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· SERRET GASCON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· OLIVEROS GARIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· ALCAÑIZ BLADE SANDRA. TCAE. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos,salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y mas allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche es alimentarlos con sucedáneos que a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de madre. La leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.
La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS
La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna, cualquier llanto del niño se interpreta como que “pasa hambre”, “no se tiene suficiente leche” y por tanto se le añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre. Esta práctica tan habitual y que se hace casi de forma rutinaria tiene consecuencias catastróficas para la lactancia materna, se disminuye el número de veces que mama el niño y como consecuencia, se disminuye la producción de leche materna
dos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
•Monitorización de las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos
•Evaluar la existencia o no de razones medicas aceptables para la indicación de los suplementos de sucedáneos de la leche materna
•Mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva al alta de la maternidad
No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados. Por tanto, conocer cual son las causas de la indicacion de suplementos nos permitira evitar situaciones que se podrian resolver identificando el problema existente, si es que lo hay, en relacion con la lactancia materna y orientar a la madre sobre el manejo de la situación. La madre es quien debe decidir como alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios debemos asumir la responsabilidad de que esta decisión se tome sobre las bases de una información adecuada y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Existe un número pequeño de condiciones de salud del recién nacido y de la madre que podría justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente. Estas
condiciones, que afectan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación.
La OMS y UNICEF desarrollaron esta lista de razones médicas originalmente como anexo al paquete de herramientas de la
Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1992 y acordaron actualizar esta lista considerando que desde 1992 empezó a disponerse de nuevas pruebas científicas y que además se estaba
actualizando el paquete de la IHAN.

AFECCIONES INFANTILES
-Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada
• Lactantes con galactosemia clásica
• Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
• Lactantes con fenilcetonuria

-Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación pero que pueden necesitar suplementos de formula de inicio:
• Lactantes nacidos con peso <1500gr o <32 semanas de EG
• Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia (prematuros,PEG,EHI,hijo de madre diabética)
•Perdida ponderal excesiva: >10% de su peso en RNT y >12,5% de su peso en RNPT

AFECCIONES MATERNAS.

-Lactancia materna contraindicada:

Proyecto: 2016_0138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

• Infección por VIH1: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible,sostenible y segura
-Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente
• Enfermedad grave materna
•Herpes simplex Tipo I (se debe evitar contacto directo entre las lesiones y la boca del bebé
•Medicación materna: valorar la compatibilidad con lactancia en e-lactancia.org

Por tanto se adjuntara en la historia de cada recién nacido un listado de estas razones medicas, de forma que el profesional que paute el suplemento determinará cual ha sido la causa de la indicacion del mismo, el tipo de suplemento utilizado y su duracion

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Evaluación al alta del tipo de alimentación del RN
•Identificación en la historia clínica del RN de la presencia de razones medicas aceptables para la indicación de sucedáneos de leche materna

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión de los indicadores en un periodo de tres meses desde el inicio de dicho proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OCHOA GOMEZ LAURA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· SANCHEZ GIMENO JAVIER. MEDICO/A. CS HIJAR. PEDIATRIA
· PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· PONS GODES INMACULADA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN. TCAE. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Todo cambio en el estado de salud de las personas, más aún en los pacientes pediátricos, máxime si va asociado al ingreso en un centro hospitalario, puede producir en el paciente y familia sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. Cualquier persona al entrar en contacto con un entorno desconocido, desvinculado de su medio habitual y en situación de vulnerabilidad, ha de adaptarse a su nuevo rol y establecer nuevas relaciones interpersonales.
El primer contacto con los profesionales sanitarios es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia durante el resto de la hospitalización y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el entorno hospitalario.

La literatura científica aporta evidencia sobre los aspectos relevantes a tener en cuenta dentro del plan de acogida del paciente. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y la comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario, o el incremento en el grado de satisfacción de los usuarios después de una acogida protocolizada.
Todo lo anteriormente expuesto justifica la elaboración e implementación de un libro de acogida del paciente para el Servicio de Pediatría del Hospital de Alcañiz.
Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como la empatía, el respeto y la comprensión, reforzado por actitudes de tolerancia y falta de prejuicios que refuercen la comunicación, y generen en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden y la institución a la que acuden para su asistencia. Sin olvidar que en un mundo global, la diversidad cultural nos obliga como profesionales sanitarios a establecer una relación apropiada con pacientes procedentes de otras culturas, eligiendo estrategias de comunicación en función de su sistema cultural de creencias.
La praxis de los cuidados comienza con la presentación del médico responsable del ingreso y la valoración de enfermería de la metodología de cuidados, garantizando que se cubren las necesidades y expectativas del paciente y familia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal
Facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.
Objetivos específicos
Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
Realizar la valoración de enfermería al ingreso del paciente que permita identificar problemas de salud para la elaboración del plan de cuidados, en las primeras 24h.
Proporcionar un entorno de seguridad al paciente, familia y/o acompañante.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El personal vinculado con la planta de Pediatría, pediatras, enfermeras, auxiliares, celadores se comprometen a entregar el libro de acogida originado en formato A-4 a todos los familiares de los pacientes pediátricos ingresados donde se facilitarán además el funcionamiento del Servicio para afianzar la confianza paciente-personal sanitario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Presentación del médico responsable del ingreso acogiendo al paciente pediátrico y a sus familiares en el primer momento tras la decisión de la hospitalización.

Indicador 2: Entrega por parte del personal de la planta de Pediatría del libro de acogida realizado para tal efecto.

Se realizará un cuestionario al alta para comprobar el cumplimiento de ambos indicadores de calidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto se iniciará el 1 de Diciembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre. Posteriormente se

Proyecto: 2016_0191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

evaluará si existe sensación de mejora en cuanto a la acogida y a la atención por parte de los familiares de los pacientes pediátricos ingresados a través de un cuestionario y se propondrá la prórroga de dicho proyecto si se expresa la mejora de la atención gracias al libro de acogida entregado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías que requieran ingreso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE ..... LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLAVERO MONTAÑES NURIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANCHO VIVES ESTHER. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BARRABES SANCHEZ MIRIAM. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· DOMINGO LOPEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MOROTE TERCERO JOSEFINA. TCAE. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La lactancia materna es la alimentación más saludable en la infancia proporcionando beneficios a corto y largo plazo tanto al recién nacido como a su madre. La OMS y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.
Para promover la lactancia materna en los hospitales es muy importante llevar a cabo unas prácticas como son:
- Atención a las embarazadas: información acerca de los beneficios de la lactancia materna
- Atención al parto: permitir contacto piel-con piel precoz
- En la maternidad: ayuda en el aprendizaje de técnicas de lactancia, importancia de la lactancia a demanda, no dar suplementos no indicados médicamente, no ofrecer chupetes ni tetinas, permitir alojamiento conjunto, al alta de la maternidad poner en contacto con grupos de apoyo de la lactancia de la zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La mejor forma de conocer la calidad de las prácticas hospitalarias es buscar indicadores no sólo de proceso, sino también de resultado. No es suficiente con informar y apoyar a las madres, o con modificar dichas prácticas, es fundamental comprobar que la asistencia que se ofrece a las embarazadas, madres y recién nacidos es adecuada durante el parto y la lactancia.
El objetivo de este proyecto es la monitorización de las prácticas en la asistencia al parto y la lactancia materna en nuestro hospital mediante el uso de encuestas de valoración/satisfacción a las madres usuarias del servicio materno-infantil de nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los cuestionarios encuestas de valoración/satisfacción (que constarán de 12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna se entregarán a las madres para que los rellenen antes del alta del servicio de maternidad del hospital. Se adjuntará una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
Tras recibir las encuestas cumplimentadas se analizarán los resultados y se cumplimentarán las hojas de auditoría con los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras la recogida de las encuestas se valorarán las respuestas de cada pregunta cumplimentando unas hojas de auditoría con los indicadores.
Indicador 1: Mujeres que han recibido información sobre lactancia materna durante el embarazo.
Indicador 2: Realización de Contacto piel con piel precoz tras el parto.
Indicador 3: Apoyo con la lactancia materna en la maternidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidados del Embarazo, Parto y Lactancia materna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0519 ()

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA LOPEZ SANCHO
· Profesión ..... TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAÑO LASAOSA FERNANDO. ABOGADO/A. H ALCAÑIZ. DIRECCION
· PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· ROYO ANADON JULIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PEREZ ROYO EMILIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. RECURSOS HUMANOS
· SALINAS GARVI MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. RECURSOS HUMANOS
· ADRIAN MONFORTE MATILDE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. RECURSOS HUMANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cuando un trabajador del SALUD sufre un accidente laboral o enfermedad profesional, además de la atención sanitaria, genera gran cantidad de documentación, en cuanto a la declaración, tipo de contingencia generada, altas y bajas, investigación del accidente, colaboración con la mutua, informes de empresa, cargos a terceros, etc.
En ocasiones se generan dudas a la hora de completar el proceso de documentación, produciéndose extravío o duplicidad de documentos.
Los partes de accidente llegan por distintas vías al empresario y al Servicio de PRL, sin definición clara de responsabilidades y funciones, con lo cual en ocasiones se duplica el trabajo, se producen retrasos frente a los plazos legales de declaración e inquietud entre los trabajadores implicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera potenciar la coordinación entre todas las partes implicadas en la documentación, concretando responsabilidades de trabajadores, empresario y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y agilizando el proceso de declaración y custodia de documentación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un procedimiento escrito junto con los formatos asociados para ser colgado en la intranet.
Realizar diagramas de flujo de actuación: Para los trabajadores accidentados, para los mandos intermedios, para la empresa, y para el Servicio de Prevención.
Varias reuniones o sesiones formativas SPRL- Dirección de Gestión y RRHH.
Divulgación en Hospital y Atención Primaria: SPRL- Mandos intermedios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponibilidad del documento en la intranet.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Servicio de Prevención en 2017.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Departamento de Personal en 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: octubre de 2016
Finalización: octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías o lesiones que puedan ser causadas por accidente laboral.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DEL ALCOHOL

2. RESPONSABLE ..... LICCET DURAN SANDOVAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAENZ BALLOBAR ANA MARIA. PSIQUIATRA. H ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· BESTUE FELIPE CATALINA. PSIQUIATRA. H ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapueútico de los pacientes de salud mental en tratamiento con interdictores en el Sector de Alcañiz.

Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con interdictores, informar al paciente y solicitar un consentimiento informado por escrito para el inicio del tratamiento. Es conveniente controlar la función hepática antes de instaurar el tratamiento así como posteriormente una vez iniciado el tratamiento.

Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con aversivos (colme o antabus) así como un
consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.

Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con interdictotes del alcohol, así como facilitar al profesional el inicio de dichos tratamientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con aversivos del alcohol para
aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento y estabilidad clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Entregar documento de información de las características del tratamiento farmacológico que el paciente va a iniciar así como cumplimentar un documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con colme o antabús para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente.

Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.

Reunión de equipo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes que reciben tratamiento con interdictotes del alcohol y a los que se les está realizando el control de parámetros (perfil hepáticos).
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con aversivos del alcohol (colme o antabús).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio en Junio de 2017
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Junio 2018
Comunicación de resultados: Julio 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DEL ALCOHOL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0219 ()

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS GASPAR ANDREU
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GONZALO ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LUCEA SODRIC SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· MENA MILAN MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· RENAU HERNANDEZ ESMERALDA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante este año se ha documentado e implantado el proceso de atención al ictus en el hospital de Alcañiz. El último subproceso es el subproceso de rehabilitación, donde se describen el proceso organizativo de la asistencia a estos pacientes. Sin embargo falta de establecer y documentar el proceso clínico de atención fisioterápica a estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer, documentar, implementar y medir la atención clínica estos pacientes y en última instancia homogeneizar la atención prestada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecimiento de las actividades del procedimiento tras analizar las guías clínicas de referencia.
Implementación a lo largo del año
Medición de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponibilidad del procedimiento
% de pacientes que tardan más de 48 horas en acceder a la atención fisioterápica desde la solicitud del médico rehabilitador.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero-Mayo 2017 Elaboración del procedimiento. (Documentación de lo que se hace + búsqueda bibliográfica con modificación de los aspectos que se consideren necesarios).
Junio-Diciembre 2017. Implementación del procedimiento
Diciembre 2017. Medición de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0253 ()

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... ISABEL LOPEZ GONZALO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASPAR ANDREU JUAN CARLOS. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LUCEA SODRIC SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· MENA MILAN MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· RENAU HERNANDEZ ESMERALDA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El año pasado se diseñó el proceso de rehabilitación del hospital de Alcañiz. Sin embargo nos ha faltado definir un procedimiento clave: el Manual de acogida a los trabajadores del proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la eficiencia en la incorporación al trabajo de los trabajadores mediante un documento que muestre los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo así como la organización en el servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.
- Elaboración de manual de acogida.
- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad del documento.
- % de nuevos trabajadores que han firmado el recibí del manual de acogida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Septiembre 2016 - Mayo 2017: Elaboración del manual de acogida.
-Mayo-Septiembre 2017: entrega del manual de acogida al personal de nueva incorporación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1317 ()

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... ANGIE LEIDA SANTAMARIA FAJARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· POLO ROYO MARCO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· MENA MILAN MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LOPEZ PEREZ MARIA PAZ. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La movilización de pacientes previene la aparición de úlceras por presión, mejora la función cardiovascular y respiratoria y evita la rigidez articular. El impacto que supone en la calidad de vida del paciente evitar las complicaciones derivadas del encamamiento, justifica la toma de medidas que las promueva y que estimulen que la familia y cuidadores tengan un papel activo en la prevención de este proceso. Sin embargo hemos observado reiteradamente que las prácticas de movilización de los pacientes, tanto por parte del personal del hospital, como por parte de los cuidadores no son siempre las más adecuadas. Esto se acentúa durante el período estival con la llegada de nuevos trabajadores para sustituciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Formar al personal del Sector sanitario de Alcañiz y a los cuidadores de pacientes inmovilizados en las prácticas más seguras de movilización de estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaboración de un tríptico y un video explicativo orientado a familiares cuidadores de pacientes con riesgo de encamamiento y a trabajadores del sector sanitario de Alcañiz. Se podrá acceder al vídeo mediante el tríptico a través de códigos QR, actuando como refuerzo positivo, permitiendo así un aprendizaje dinámico que refuerce y estimule su realización. Dividimos el tríptico en los siguientes apartados: Principios de organización, ergonomía postural, movilización en la cama, movilización de tumbado a sentado en la cama, movilización de sentado en la cama a sentado en la silla, traslado de la silla al inodoro. Todos ellos con descripción escrita, imagen y posibilidad de video asociado a código QR.
• Ambos formatos serían mostrados/entregados al personal sanitario relacionado directamente con la movilización de estos pacientes, especialmente en el momento de la acogida en el hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de personal auxiliar estable que ha asistido a la proyección del vídeo en el salón de actos.

-% de personal auxiliar sustituto que ha asistido a la proyección del vídeo de acogida en el salón de actos.

-Nº de trípticos entregados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril- Mayo. Elaboración de tríptico y video.

- Junio: Sesión de vídeo repetida para profesionales auxiliares habituales con registro de asistencia.

- Julio-Agosto: Sesión de vídeo + entrega de folletos a profesionales sustitutos en sesión de acogida.

- Enero 2018: Evaluación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención de complicaciones derivadas del encamamiento prolongado y seguridad en la movilización del paciente.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1319 ()

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· POLO ROYO MARCO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- Desde la consulta percibimos que a veces no se prioriza de forma adecuada la cita de patologías que debieran verse de forma preferente o urgente (por ejemplo incidencia reciente de una fractura de codo que tardó semanas en llegar a la consulta).

- Desde atención primaria se nos solicita colaboración ante el incremento considerable del número de resonancias magnéticas solicitadas por los centros de salud en relación con la implantación del protocolo de derivación de patología osteomuscular del sector, que si bien ha conseguido ajustar considerablemente la demanda ha tenido como consecuencia problemas de adecuación a la hora de ser solicitadas.

- Por otra parte en ocasiones los pacientes llegan antes que las resonancias, duplicando citas, por lo que se hace necesario ajustar la fecha de la cita a la fecha de la resonancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Que las citas sean priorizadas por los médicos rehabilitadores previa cita mediante interconsulta virtual solicitada por los médicos de atención primaria.

- Que a través de esa consulta virtual, cuando se cite al paciente, serán los propios médicos rehabilitadores los que harán la indicación de resonancia si procede, que será solicitada a nombre del médico rehabilitador.

- Que los pacientes lleguen a la consulta de Rehabilitación con la resonancia hecha.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Implantar la interconsulta virtual en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El contrato de gestión no ha incluido al servicio de Rehabilitación entre los servicios que la van a implantar este año y consideramos necesario su implementación.

- Formación en el manejo del software de la interconsulta virtual.

- Difusión de la información en los centros.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Demora inferior a 7 días para responder a la interconsulta virtual en un mes al azar (excluido período vacacional).

- Número de resonancias solicitadas por Atención Primaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Implantación de la consulta virtual. Mayo 2017.

- Formación en el manejo de la interconsulta virtual. Mayo 2017.

- Evaluación: Enero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología subsidiaria de ser valorada y tratada en el Servicio de Rehabilitación, incluídas en cartera de servicios.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1319 ()

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_0099 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDIOLOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

2. RESPONSABLE ..... ERARDO MERIÑO IBARRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· LATRE REBLED BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· FERRER RUBIRA ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. REUMATOLOGIA
· LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. REUMATOLOGIA
· RIOS RAFALES NOELIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. REUMATOLOGIA
· GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. REUMATOLOGIA
· GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Según la literatura actual un porcentaje de los pacientes con uveítis presentan una espondioloartritis no diagnosticada. Actualmente existe un conjunto de tratamientos que permitiría tratar a estos pacientes antes de que evolucionen a estadíos más avanzados tanto en lo que respecta a la uveítis como a la espondiloartritis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el diagnóstico de espondiloartropatía en pacientes diagnosticados de uveítis, y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
Conocer la prevalencia de espondiloartritis asociada a uveítis en nuestro medio.
Crear un registro de uveítis con fines de investigación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un registro de uveitis
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de reumatología y oftalmología.
- Dicho procedimiento incluiría un cuestionario de detección de lumbalgia inflamatoria que sería pasado en la consulta de oftalmología, con derivación a la consulta de reumatología en caso de resultados positivos, donde se completaría el estudio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes con uveitis a los que se les ha pasado el cuestionario
- Porcentaje de pacientes con uveitis que cumplen criterios de lumbalgia inflamatoria
- Porcentaje de pacientes derivados que cumplen criterios de espondiloartropatía
- Evaluación de resultados mediante aplicación de cuestionario EUROQOL o similar

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0234 ()

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADACARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS-CONTINUACION-

2. RESPONSABLE ..... LINA MARIA BELENGUER CARRERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRUZ LOPEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· COLAS OROS CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GOMEZ ARA ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· PEREZ VILLANUEVA MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GARCIA GARCIA ALFREDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· RIOS GARCIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En una PCR los segundos son vitales y el tratamiento no puede improvisarse ni demorarse; por ello, en esta situación de gravedad extrema, el personal sanitario tiene que saber lo que se debe y lo que no se debe hacer en cada momento . Con una adecuada formación y entrenamiento del personal se pueden recuperar hasta el 20% más de PCR.
Las paradas cardíacas hospitalarias representan un problema de primera magnitud. En el mejor de los casos sólo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevive y puede ser dado de alta. Existe la evidencia de que pueden disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las paradas cardiorrespiratorias si se disminuyen los retrasos en la respuesta asistencial con la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. Mediante estrategias que mejoren la identificación y tratamiento temprano de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardiaca; la detección precoz de la parada por el personal que atiende al enfermo; la aplicación de la RCP básica y desfibrilación precoz; el inicio de RCP avanzada en pocos minutos y el traslado asistido e ingreso en la UCI.

En nuestro servicio, aunque son conocidos los eslabones de la cadena de supervivencia y los algoritmos de tratamiento de la PCR, no existe un protocolo de actuación sistematizada ante la misma, por lo que consideramos interesante realizarlo .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es establecer un programa de actuación sistematizada para la asistencia al paro cardiorrespiratorio en el Servicio de Urgencias . Y con ello:

Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR en nuestro servicio.

Divulgar el concepto y los eslabones de la cadena de supervivencia

Optimizar la formación de los profesionales del servicio

Difundir normas básicas para la detección de pacientes de riesgo y para la prevención de la PCR

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se desarrollará un protocolo de actuación en la atención del paciente crítico y en PCR,previa revisión bibliográfica sobre el tema,que se adapte a nuestro medio, contando con todos los posibles implicados en la atención al paciente . Una vez evaluado y aprobado por la Comisión de revisores de recomendaciones de práctica clínica de nuestro hospital, se realizaran varias sesiones clínicas a todo el personal del servicio para explicar dicho protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Sesiones clínicas para exposición del protocolo y realización de cursos de RCP básica y avanzada para personal sanitario y no sanitario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Finalización el primer trimestre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
El protocolo está muy avanzado, quedan pendientes:.
Modificación, si así fueses necesario, según las últimas Recomendaciones
. Cuarta y última reunión para lectura y aprobación por el grupo del Protocolo.
. Realizar sesión clínica para todo el servicio de urgencias con el fin de difundir el Protocolo
. Encuesta de satisfacción del personal .

Proyecto: 2016_0234 ()

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADACARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS-CONTINUACION-

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROFESINALES DE LA SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0421 ()

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CRUZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZUARA LAGUIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· CERDA GINER CLARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· BELENGUER CARRERAS LINA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GOMEZ ARA ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· RIOS GARCIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GARCIA GARCIA ALFREDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad venimos observando cierta variabilidad en la indicación y los cuidados de los pacientes que requieren ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar los criterios de indicación de ventilación mecánica no invasiva.
Establecer los cuidados de enfermería que deben seguir estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecimiento y documentación de un procedimiento clínico de ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio, con especial énfasis en:
- Indicaciones de ventilación mecánica (Criterios de inclusión y exclusión)
- Implementación de la técnica
- Monitorización y cuidados de enfermería en estos pacientes

- Difusión del procedimiento
- Evaluación del procedimiento (estudio antes-después)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva
- % de pacientes en los que se ha determinado …

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero-Marzo de 2017 Consitución de equipo de trabajo multidisciplinar y elaboración del procedimiento
- Abril 2017: Difusión del procedimiento
- Mayo-Noviembre 2017: Implementación del procedimiento
- Diciembre 2017: Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES LAZARO VICENTE JOSE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· GIL ORTIGOSA MARIA LUISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· VALERO MILIAN JESUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· APARICIO MARTINEZ LYDIA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. UROLOGIA
· ANDRES LOPEZ VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· FERNANDEZ ARENAS EMILIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los procedimientos endoscópicos urológicos constituyen una parte importante de la actividad quirúrgica en los servicios de Urología en general y, en especial, en los Hospitales comarcales. Resulta fundamental establecer un manejo adecuado y estandarizado en cuanto al tratamiento antibiótico profiláctico, manejo de los sistemas de irrigación continuo así como de la retirada de la sonda garantizando una adaptación de los procedimientos al tipo de intervención y de paciente así como evitando costes o prolongación de estancias innecesarias. Actualmente en el sevicio de Urología del Hospital de Alcañiz se halla constituido por 4 facultativos especialistas de área con formación especializada en diferentes servicios de Urología por lo que aunar criterios adaptando los postoperatorios a la última evidencia resulta importante.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Homogeneizar el manejo postoperatorio de la cirugía endoscópica urológica en un Hospital Comarcal (RTU de Próstata y RTU de tumor vesical).
- Reducir la estancia media si es posible.
- Evitar complicaciones derivadas de sondaje vesical más prolongado del estrictamente necesario.
- Evitar el empleo de cistostomías suprapúbicas salvo que quirúrgicamente se requiera.
- No incrementar el número de complicaciones derivadas de este nuevo manejo.
- Implicar al paciente en su recuperación postquirúrgica facilitando la movilización precoz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Concienciación de todo el personal sanitario implicado en la atención del paciente urológico (Médicos, Enfermería, Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores…).
- Salida del paciente del quirófano sin cistostomía suprapúbica o retirada de la misma en primeras 24 horas.
- Cierre precoz) de sistema de irrigación continua (la tarde de la intervención en caso de RTU de tumor vesical y en la mayor brevedad en caso de RTU de Próstata así como movilización del paciente incluso llevando dicho sistema.
- Retirada precoz de sonda vesical.
- Minimizar el empleo de antibióticos como profilaxis de la infección postoperatoria a dosis única preoperatoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Ausencia de cistostomía suprapúbica al salir de quirófano o retirada de la misma en primeras 24 horas (>90%).
- Cierre de lavador en RTU de tumor vesical en primeras 24 horas (>90%).
- Reducción del tiempo de sistema de irrigación en RTU de Próstata respecto protocolo previo >24 horas (>80%).
- Reducción de la estancia media global en ambos procedimientos.
- Pacientes dados de alta sin sonda (>90%).
- Uso de antibióticos en postoperatorio (<50%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 3 primeros meses desde la aceptación: Reunión de todo el equipo y consenso de los procedimientos, realización de protocolos de tratamiento postoperatorio o cronogramas tras la intervención. Puesta en marcha, detección de problemas y resolución de los mismos.
- 8 meses siguientes: Fase de realización de actividades.
- 1 mes siguiente (hasta completar un año): Analisis en términos absolutos y comparativos de resultados y complicaciones en estos pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario

Proyecto: 2016_0585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JOSE ANDRES LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL ORTIGOSA MARIA LUISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· VALERO MILIAN JESUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el ámbito quirúrgico la tendencia actual es a evitar, en lo posible, la realización de cirugías abiertas; bien sea con la realización por vía endoscópica, percutánea o laparoscópica. En nuestro hospital la cirugía de la hiperplasia benigna de próstata, cuando la glándula es mayor de 60 c.c., se realiza por vía abierta, al no disponer hasta el momento de un resector bipolar. Tras la adquisición del mencionado aparato evitaremos la realización de cirugía abierta en un alto porcentaje de pacientes, disminuyendo los costes de la intervención, la morbilidad intra y postoperatoria, la estancia postoperatoria y los días de recuperación del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la implantación de dicha técnica quirúrgica se espera reducir en casi un 70% la cirugía abierta del adenoma de próstata, también reducir el sangrado intra y postoperatorio en las resecciones transuretrales de próstata y de tumores de vejiga; con todo ello se acortaran los días de estancia postoperatoria, logro importante en un Hospital comarcal como el nuestro que a temporadas tiene problemas de camas. También se acortaran los días de recuperación del paciente, con la inserción al mundo laboral más precoz. En definitiva todo ello supondrá un ahorro económico importante.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar la adquisición de un resector bipolar por parte del Hospital de Alcañiz. (Incluido en el plan de necesidades del Servicio de Urología desde el inicio del año 2016). Una vez ya probado el aparataje, realización de una mínima curva de aprendizaje por parte de los miembros del Servicio de Urología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disminución del número de cirugías abiertas en el adenoma de próstata.
- Reducción de la estancia postoperatoria.
- Reducción del número de transfusiones postoperatorias en las resecciones transuretrales.
- Reducción del tiempo de lavado continuo vesical tras una resección transuretral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Una vez se disponga de aparato se comenzara con la técnica quirúrgica, por parte de los miembros del servicio de Urología.
Una vez llevemos 12 meses de utilización, revisaremos los resultados, realizando un análisis en términos absolutos y comparativos de los resultados y de las complicaciones de estos paciente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1502 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ACTUALIZACION DE PROCESOS MEDICO-QUIRURGICOS EN EL AREA DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... VANESA ANDRES LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· PONS GODES INMACULADA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· INSA GOMEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No disponemos de información actualizada ante determinados procesos en hsopitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualizar conocimientos sobre determinadas procesos médico- quirúrgicos en el área de urología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en la 2ª planta del Hospital de Alcañiz;
- Retirada de catéter doble J.
- Chevassue.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorrenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma. Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de proyectos actualizados en el servicio de urología: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ANUAL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TENA TOMAS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CASTRO ROMERO CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MATA PANIVINO VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OVEJERO GUILLEN ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CUBERO PEREZ MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.
Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 8000 registros de pacientes de HRV que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR).
Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta.
Aunque se han ido detectando duplicados de forma cotidiana, el proceso de fusión de los pacientes con dossier del HU Miguel Servet en el CME Grande Covián (en 2007) y la utilización de números provisionales en el Servicio de Urgencias y en determinadas pruebas, facilitó la generación de estos duplicados.
Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de Grande Covián ha decidido depurar este listado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.

Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando sea solicitada por los profesionales que atiendan al paciente..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensuado con la plantilla del Servicio.

En primer lugar se analiza la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas…y se anotará en cada registro de paciente.

Dependiendo de cada situación, se solicitarán las historias a la empresa que custodia pasivo, crearemos sobres nuevos o fusionando documentación entre los sobres.

Se utilizará lo registrado en BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.

Fusionamos las historias en HIS.

Se trabaja con un listado por persona. Cuando ha resuelto todas las fusiones e incidencias detectadas se dejará en una carpeta para trasladarlos al HRV y en el Archivo se arreglen físicamente las historias.

Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HRV.

Se solicitará a los SS CC un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% HISTORIAS FUSIONADAS: Nº Historias fusionadas / año.

% HISTORIAS PARA FUSIONAR DESPUÉS DE FINALIZAR EL PROYECTO: Nº Historias a fusionar / Nº Historias Creadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo: 01/06/2016

Valoración semestral del Indicador.

Finalización: 31/05/2018

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0595 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CABREJAS GOMEZ CARMEN. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GARCIA GARCIA MARIA BLANCA. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· SANZ MONCASI MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
· GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La patología nodular tiroidea supone casi un 50% de la asistencia en consultas externas de Endocrinología. Su estudio implica a distintas especialidades (radiólogos,patólogos, bioquímicos, especialistas en medicina nuclear, cirujanos), coordinadas desde la Endocrinología.. La realización e interpretación de la ecografía tiroidea por el endocrinólogo acelera el diagnóstico y el tratamiento, y posibilita la creación de consultas de alta resolución en patología nodular tiroidea y el cumplimiento del concepto de “consulta única” (asistencia inicial y realización de exploraciones complementarias en el mismo día para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos) definido en diferentes modelos de gestión sanitaria.
La Sección de Endocrinología y Nutrición (SEyN) del Sector Zaragoza I desde septiembre-2016 dispone de un ecógrafo y se han iniciado las actividades necesarias para crear la consulta de Alta Resolución de la patología nodular tiroidea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Proporcionar un cuidado integral y homogéneo a los pacientes con patología tiroidea mediante la coordinación de todos los recursos disponibles y la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamiento consensuados entre todos los profesionales, basados en guías clínicas.
2. Rentabilizar la consulta de la patología tiroidea posibilitando la resolución del proceso en una única visita
3. Difundir entre los facultativos responsables de la derivación y entre los pacientes la existencia y el funcionamiento de la consulta específica
4. Coordinar con Atención Primaria el manejo y seguimiento del paciente, y establecer normas consensuadas de rederivación o de reevaluación
5. Elaborar y actualizar los protocolos y normas de actuación para la utilización racional de los recursos
6. Fomentar la investigación y la formación continuada de los profesionales implicados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A partir de septiembre-2016, la SEyN del Sector I inicia la realización de la ecografía tiroidea en parte de los pacientes con patología nodular. Se han realizado y se van a realizar las siguientes medidas:
- Se ha elaborado un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la patología nodular tiroidea, coordinado por la Dra. Barragán.
- Se ha programado una agenda dos días al mes (con el nombre de consulta de nódulo tiroideo), para la realización de la ecografía tiroidea. En función de las necesidades y demanda se podrá modificar. En la actualidad la persona formada, con experiencia en la realización de la Ecografia tiroidea de la SEyN es la Dra. Cabrejas.
- En colaboración con el Servicio de Radiología del HRV, está previsto la formación de otros facultativos de la SEyN.
- Se ha contactado con Dirección de Atención Primaria, para que se traslade la información a todos los coordinadores de los Centros de Salud del Sector del algoritmo de derivación desde Atención Primaria y el funcionamiento de la consulta.
- Se inicia esta consulta con la realización de la ecografía tiroidea, con la idea posterior de realizar las Punciónes aspiración con aguja fina (PAAF) de los nódulos tirodeos por parte de la SEyN. Ya se ha hablado con el Servicio de Anatomia Patológica del HRV para la coordinación en la conservación y el envio de las muestras.
- Se ha generado un formato de informe en el HPdoctor para las ecografías realizadas en la SEyN.
- Establecer sesiones con los Servicios implicados (Endocrinología, Atención Primaria, Anatomía Patológica, Radiología) y con los Servicios colaboradores (Laboratorio, Medicina Nuclera, Cirugía), para consensuar y evaluar el protocolo de actuación del nódulo tiroideo y plantear posibilidades de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes derivados desde Atención Primaria, que cumplen el algoritmo de derivación.
- Nª de pacientes nuevos con patología nodular tiroidea, que en una única visita se realiza la resolución del proceso.
- % Ecografías tirodeas realizadas en la SEyN del Sector I/Total de Ecografias tiroideas realizadas en el año (25%).
- % de informes de PAAF que cumplen la clasificación de Bethesda (>70%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0595 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Inicio: septiembre- 2016
Finalización: Diciembre-2018
- Presentación del protocolo del nódulo tiroideo
- Información desde la Dirección de Atención Primaria a todos los coordinadores de los Centros de Salud.
- Se genera la consulta monográfica del nódulo tirodeo en el CME Grande Covían dos dias al mes (media mañana), para la realización de la ecografía tiroidea.
- En colaboración con el Servicio de Radiología se inicia la formación de otras dos facultativas de la SEyN.
- A los 6 meses reunión con los Servicios implicados para valoración del funcionamiento del protocolo y de la Consulta del nódulo tiroideo.
- Finales del 2017 y 2018 se valorará iniciar la realización de la PAAF ecodirigida por parte de la SEyN.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0854 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DERIVACION DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS AL CSM DENTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ..... ANA VALLESPI CANTABRANA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... USM ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ LAUSIN IGNACIO. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· CHENLO TONCEDA SILVIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· HERRER ALADREN MARIA JOSE. TRABAJADOR/A SOCIAL. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· GOMEZ HERNANDEZ RAFAEL. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· ACIN NAVARRO MYRIAM. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· GONZALEZ ASENJO HELENA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las personas con trastornos mentales graves (TMG) requieren una atención especializada que garantice la continuidad asistencial y de cuidados. Sin embargo, la coordinación entre los distintos recursos de Salud Mental no proporciona dicha cobertura con la calidad asistencial deseable, lo que afecta directamente a la salud y calidad de vida de estos pacientes y sus familiares. El incremento de la demanda asistencial en Salud Mental de la población general ha reducido significativamente el acceso y tiempo de atención de pacientes TMG a las prestaciones sanitarias. Esto generó la necesidad de desarrollar un proceso asistencial integrado de TMG como parte de las líneas estratégicas de Salud Mental en Aragón. Esto implica por un lado, la organización de las intervenciones terapéuticas que se realizan en los diferentes tipos de dispositivos sanitarios para atender a las personas con TMG en cualquier fase de la enfermedad y nivel asistencial, y por otro, requiere la homogeneización de procedimientos e intervenciones terapéuticas interdisciplinares que se llevan a cabo con el paciente y su familia y ser conocidas por todos los participantes en el proceso (profesionales, usuarios, familiares). A tal fin se elaboró en 2006 un Proceso Asistencial integrado TMG que solo llegó a ponerse en marcha parcialmente en el sector I. Actualmente, se plantea reanudar su implementación iniciando dos procedimientos: derivación desde urgencias y hospitalización psiquiátrica del Hospital Royo Villanova al CSM Actur-Sur de Zaragoza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: mejorar la calidad asistencial de los pacientes TMG. ESPECÍFICOS:Mejorar la accesibilidad y tiempo de atención en los servicios ambulatorios (CSM). Mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes TMG de curso crónico. Mejorar la atención temprana de personas con primeros episodios psicóticos. Favorecer la vinculación a los servicios de SM ambulatorios (CSMC como eje de la atención). Reducir el número de recaídas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología: Elaboración nuevo documento con procedimientos adaptados tras reuniones (AVallespi). Ajuste de la agenda de citaciones informática (HIS) que utiliza el CSM (informático HRV): crear código nuevo de actividad que identifique al paciente TMG (nuevo o revisión) y asignación semanal de las citas por profesionales del CSM (psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajo social). Recogida mensual de la actividad de los procedimientos de derivación TMG: recaptación actividad (administrativo y A Vallespi) y cumplimiento plazos. Reuniones mensuales (presenciales o videoconferencia) de evaluación de los procedimientos entre CSM (A Vallespi y M. Acín) y HRV (C Ortega y S Chenlo). Uso historia clínica informatizada (altas y urgencias) para verificar procedimiento en pacientes TMG en informes.
6.1.Procedimiento de derivación de Urgencias al CSM: reducir tiempo de espera en atención, y detección nuevos pacientes TMG.
Actividades:
URGENCIAS: 1.Identificación del paciente como TMG o sospecha TMG. 2.Informe de alta: Explicitar: “Procedimiento de derivación-TMG” y tipo de atención (urgente, preferente u ordinaria). 3.Información al paciente y acompañantes del procedimiento. 4. Gestion de la cita en CSM.
Responsable: Psiquiatra de guardia e I. Martínez.
CSM:1.Acogida: equipo del CSM confirmará si es nuevo paciente TMG o conocido, valorando prioridad de la cita y asignando profesional (R Gómez). 2. Gestión de la cita: el administrativo proporcionará cita directamente al paciente, cumpliendo plazos y asegurándose de la recepción. (M Acín)

6.2.Procedimiento de derivación de unidad de hospitalización psiquiátrica (UCE) a CSM: reducir tiempo de espera atención,
Actividades: Alta hospitalaria:Información al paciente y familiares del proceso de derivación a CSM. Gestión de cita en CSM con Psiquiatría y Enfermería. Responsables: UCE (S Chenlo y MJ Herrer)
- CSM: Acogida y Gestión de la cita: ídem procedimiento anterior. Responsables (M Acín y H González)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Elaboración nuevos documentos de procedimientos revisados.
-Información a todos los participantes.
-Monitorización: en CSM: HIS y hoja Excel: procedencia derivación, plazo atención, diagnostico, profesionales referencia. En UCE y Urgencias (C Ortega, MJ Herrer, S Chenlo): gestión cita, información procedimiento al paciente, detección pacientes nuevos.

Proyecto: 2016_0854 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DERIVACION DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS AL CSM DENTRO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

- INDICADORES: % pacientes derivados de urgencias identificados como TMG que son atendidos en plazo indicado*. Estándar propuesto 80%
% pacientes derivados de hospitalización identificados como TMG que son atendidos en plazo indicado*. Estándar propuesto 80%
*Plazos citación: 7 días (urgente); 14 días (preferente). En caso de valoración ordinaria, se confirmará que el paciente dispone de cita.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión documento en grupo: Enero y febrero 2007
Documento adaptado e información profesionales: marzo 2017
Implantación: Abril 2017
Evaluación: noviembre-diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos Mentales Graves (F20-29; F30-31)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1749 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA MARCO ARNAU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El programa, de índole eminentemente preventiva y de promoción de la salud, coloca el acento en la vertiente educativa de las pautas de crianza y centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias y habilidades en el seno familiar.
Es un proyecto que se inicia en el año 2000 justificado por el notable incremento de las demandas planteadas en los servicios de pediatría y salud mental infanto-juvenil en torno a los problemas de conducta, fracaso escolar y conflictos de personalidad, observación compartida desde otros ámbitos (Educación, Servicios sociales...), y que su estudio clínico muestra una especial relevancia de los factores relacionados con las dinámicas familiares y un estilo educativo particularmente desorientado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos generales:
-Actuar preventivamente hacia los factores de la personalidad que dependen de la educación y poseen incidencia importante sobre la génesis de psicopatología.
-Disminuir la incidencia de trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo atribuible al entorno familiar.
Objetivos específicos:
-Adquirir por parte de los padres/madres conocimientos de las diferentes etapas evolutivas infantiles, sus peculiaridades y los conflictos que los caracterizan.
-Proporcionar habilidades y estrategias ante situaciones problemáticas concretas.
-Estimular la comunicación entre los padres para consensuar criterios comunes respecto a la forma de actuar en la educación de sus hijos.
-Mantener y mejorar el nivel de autoeficacia percibida en los padres a la hora de educar a sus hijos.
Objetivos operativos:
-Lograr la participación de al menos 12 familias en cada uno de los grupos.
-Encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post-intervención en los ítems que valoran los conocimientos adquiridos.
-Abordar el 100% de los temas que preocupan a los participantes, referentes a la educación infantil y que se expresan en el cuestionario inicial.
-Conseguir que en el cuestionario final el 80% de los participantes expresen su satisfacción y la utilidad de la actividad.
-Contrastar de forma positiva si la actividad ha propiciado:-Un acuerdo entre los padres a la hora de dirigir la educación de sus hijos. -Mayor sentimiento de seguridad y confianza en relación a su tarea “hacer de padres”.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología activa y participativa basada en la dinámica grupal con los padres receptores y en un desarrollo teórico asequible para ellos. Cada sesión incluye una secuencia de actividades con las se busca el aprendizaje significativo, estas son:
1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.
2. LA LÍNEA DEL TIEMPO
3. SECUENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA:
4. FANTASÍA GUIADA.
5. JUEGO DE ROLES.
6. TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS.
7. CONCLUSIÓN GENERAL

La difusión de la actividad se realiza:
-Desde las consultas de pediatría del sector.
-Carteles informativos en los Centros de Salud.
-Información mediante las AMPAS de colegios de la zona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizan tres tipos de evaluación,
1ª Número de padres que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
2º Valorar los conocimientos adquiridos y el grado de aprovechamiento por parte de los cuidadores.
3º Encuesta de satisfacción de la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se desarrolla en 2 ciclos anuales de 5 sesiones, cada ciclo, con una sesión mensual.
Primer ciclo de enero a mayo. Segundo ciclo de agosto a diciembre.
1º día: Desarrollo evolutivo de 9 a 36 meses. Problemas y objetivos educativos.
2º día: Los problemas del sueño.

Proyecto: 2016_1749 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

3º día: Los problemas de la alimentación.
4º día: Celos, miedos y rabietas
5º día: Retirada de pañal, chupete y biberón. Televisión, ordenadores.

9. OBSERVACIONES.
Tras 17 años realizando el programa y contando con que supera nuestra capacidad de acción la posibilidad de realizar una evaluación de los efectos a largo plazo, podemos afirmar que tenemos indicios que confirman su eficacia:
-En la zona de salud es un referente conocido por el boca a boca y demandado específicamente por las familias.
-Las encuestas de valoración del programa son altamente satisfactorias tanto a nivel de incorporación de los contenidos como de satisfacción personal.
-Durante el desarrollo del programa nos hemos encontrado con situaciones personales y familiares que desbordaban el campo de actuación que puede ofrecer el encuadre propuesto, siendo frecuentemente situaciones en las que se detectan factores de riesgo significativos que requieren una atención individual. En estos casos se ofrece una cita específica para valorar e informar de los recursos y modo de acceso a un apoyo especializado. Por lo que un efecto no esperado pero rentable es la detección de factores de riesgo significativos y la posibilidad de una precoz intervención especializada.
Como últimas reflexiones señalamos que la realización de este programa resulta una labor de interés sanitario y social, de la que como profesionales nos sentimos enormemente gratificados a pesar del gran esfuerzo que supone. El equipo es estable hace ya 3 años, el diseño organizativo se ha automatizado de forma que resulta ágil y eficaz y para terminar, destacar que la implantación de programas preventivos se beneficia de la colaboración y coordinación de todos los niveles asistenciales y profesionales, e igualmente resulta interesante lograr el compromiso por parte de las instituciones para su puesta en práctica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Problemas educativos con sus hijos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DATOS CLINICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES ARANDA CORVINOS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RODRIGO PABLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SALAS SIMON AMPARO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VILLUENDAS SOLSONA CARLOS. CELADOR/A. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El SALUD proporciona al los usuarios unas herramientas informáticas para:
Gestión de citas en AP y en AE, recibir recordatorio de las citas de especialista,VVAA, gestión datos en BDU y en un futuro acceder datos clínicos, receta electrónica, etc.
Nos hemos dado cuenta de que los usuarios demanda este servicio por desconocimiento.
Sin embargo existe una demanda social para el acceso a la información clínica (médica) y autogestión de citas y datos personales.

La importancia de este proyecto radica en facilitar la información y el acceso a las nuevas aplicaciones disponibles para todos usuarios. Para ello nos adaptaremos a las distintas necesidades existentes por motivos de edad, nivel social...
El conocimiento de estas herramientas mejoraría los siguientes aspectos
- calidad del servicio a los pacientes, con información mas asequible
- disminuir la preocupación para obtener cita fuera de horario del CS
- tener la información de forma accesible, tanto de datos clínicos como de citas realizadas
- optimizan del trabajo del personal de admisión
- la organización del servicio
- evitar la demora en las consultas de especialistas ocasionadas por el absentismo de los usuarios a la cita dada
- apoyar el trabajo realizado por parte del SALUD para mejorar la asistencia sanitaria

Todo ello supondrá un ahorro de recursos sanitarios y humanos facilitando el conocimiento y acceso de los usuarios a las herramientas facilitadas por el SALUD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población a la que va dirigido este proyecto son todos usuario del CS que tenga ciertas habilidades en el manejo de Internet o de teléfono móvil.
Se pretende lograr de un modo directo que los usuarios manejen los recursos informáticos proporcionados por el SALUD e indirectamente reducir la no asistencia a consultas de especialistas.
El objetivo principal del proyecto es la captación del 15 % de la población de la ZS en el primer año y otro 15 % en el segundo año y otro 15 % al tercer año. Intentando que la tasa de usuarios informados sea mucho mayor, pero teniendo en cuenta que hay parte de la población que por su edad no esta adaptada al uso de las nuevas tecnologías, otro porcentaje que simplemente no quiere hacer uso de ellas y otro porcentaje de la población que no va a acudir al C.S en los próximos 3 años

POBLACION TOTAL 19.251
MAYORES 65 - 2.896 que es el 15%

Ademas conseguir los siguientes objetivos:
1- dar a conocer los recursos disponibles
2- facilitar el acceso a las herramientas de citación en el C.S
3- posibilitar el conocimiento de las citas en Atención Especializada
4- ayudar a la formación en los nuevos recursos informáticos disponibles
5- facilitar la modificación de datos del usuario sin desplazarse al Centro de Salud.
6- facilitar el acceso personal a datos clínicos (una vez que se active esta opción)
7- integrar positivamente al usuario en su atención sanitaria
8- resolver las múltiples dudas que surgen al implantar esta nueva herramienta
9- dar solución a la demanda social de un mejor acceso a la información
10- optimizar el trabajo del personal de admisión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones para la captación de usuarios:
- A través de un flash administrativo para que determinados usuarios sean derivados por el personal sanitario a admisión
- Colocando carteles informativos en todas las consultas

Proyecto: 2016_1570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DATOS CLINICOS

- Informando a los usuarios cuando pasan por Admisión

Inicialmente la carga asistencial de los administrativos aumenta, ya que hay que informar a los usuarios de las distintas herramientas disponibles y como hacer uso de ellas, así como realizar los pasos administrativos para habilitar al usuario.
Aquellos usuarios con necesidad especiales se les ayuda de forma individual bien enseñando el manejo o ayudando a descargar la aplicación.
Sesión clínica en el Centro de Salud para informar a todo el centro de las nuevas herramienta disponibles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación del Proyecto:
Se realizara anualmente y seguimientos/3 meses.
Por un lado de los usuarios que han sido informados en admisión (Sin despreciar el posible nº de usuarios que han leído los carteles informativos y deciden no solicitar su clave, número difícil de medir en estos indicadores)
Por otro lado mediante realización de listados de personas que dan su consentimiento para recepción de mensaje al móvil recordando cita de especialista.
También se solicitara al Centro de Atención al Usuario el incremento de personas que hacen uso de estas herramientas.
Se medirá al año de la implantación del proyecto la satisfacción por parte del equipo de Admisión mediante encuesta anónima sobre realización del proyecto y resultados.
Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN DEL PROYETO 3 años
INICIO: Septiembre 2017
1ª resvisión: Diciembre 2017.
Estudio de las posibles deficiencias y puesta en marcha de las mejoras necesarias: Enero 2018/ Septiembre 2018
Siguientes reevaluaciones: Abril 2018, Septiembre 2018, Diciembre 2018.
Calendario paralelo al de 2018 durante 2019 y 2020.
Revisión final en Octubre de 2020 con conclusiones finales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ninguna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BEL CEBRIAN TERESA DE JESUS. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CEBOLLADA APARICIO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SAURA CAMPOS ASCENSION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro centro de Salud se estan realizando diversos royectos de mejora en relacion con la patologia dermatologica (formacion en autoexploracion y telemedicina en pediatria). Detectando una demora importante en su valoracion. La patologia dermatológica y mas concretamente las lesiones pigmentadas cutáneas son frecuentes en la practica clínica de nuestro Centro de Salud. En el diagnóstico diferencial se incluye al carcinoma basocelular pigmentario y el MELANOMA MALIGNO(MM) El MM es el tumor de mayor mortalidad en dermatologia y su incidencia en las últimas décadas va en aumento . SU DIAGNÓSTICO PRECOZ ES EL ÚNICO TRATAMIENTO CURATIVO ACTUALMENTE. Es fundamental conocer sus formas de presentacion clínicas y las lesiones cutáneas que pueden simularlo. La capacidad del méico para sospecharlo es primordial para mejorar el pronótico del paciente. Por lo tanto es importante mejorar y ampliar la formación del profesional de Atención Primaria en el diagnóstico y su pronta y ADECUADA derivación a ESPECIALIZADA que conlleve un aumento en la seguridad del paciente (sin sobrecargar las consultas de dermatologia).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
objetivos

1-Mejorar el conocimiento y manejo de las lesiones pigmentadas cut?eas en el ámbito del Centro de Salud. Incrementando la destreza del profesional en la diferenciación de las queratosis seborreicas y nevus melanociticos de los melanomas y carcinomas basocelulares pigmentados.

2- Mejorar la capacidad organizativa para derivar las lesiones sospechosas de malignidad
3.-Mejorar la seguridad del paciente en el diagnostico de las lesiones malignas pigmentarias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación multidisciplinar a traves de talleres periodicos incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2017
Colaboracion con Atención Especializada y exposición de casos clínicos concretos
Entrenamiento con las imágenes dermatoscópicas a través de la utilización del recurso disponible de libre acceso en App.(you dermoscopy)
Manejo diario del dermatoscopio del Centro de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017 (Explotacion dedatos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior (Explotacion de datos/ codificaciónen OMI/AP.)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre de2016 -junio de2017: Talleres de Formación sobre el diagnostico y manejo de lesiones pigmentarias.

Enero-septiembre 2017 Entrenamiento con el dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App

Septiembre.Noviembre 2017:recogida de datos en OMI/AP

Diciembre de 2017: Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0582 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO SELLES TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA
· PUIG GARCIA MARIA CARMEN. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA
· REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA
· ROMEO LAZARO ELVIRA. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A la hora de introducir la alimentación complementaria en un niño surgen múltiples dudas en sus padres. Suelen recurrir al pediatra pero en muchos casos también a múltiples fuentes de información en internet.
Son muchos los consejos que los padres reciben en pocas consultas, presentando dudas posteriores, como ellos mismos expresan. Por ello creemos necesario la realización de una hoja de recomendaciones de introducción de alimentación complementaria tras la consulta. De esta manera los padres pueden recurrir a ellas las veces que sea necesario.
Por otro lado entre el 25 y 40 % de los padres de lactantes o pre-escolares se quejan de que los niños tienen problemas para alimentarse.
Si bien la mayoría de estos problemas son transitorios, hasta un 10% persiste, especialmente el que no quieran comer. Además de esto, estamos frente a un serio incremento de niños con sobrepeso y obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Las cifras asustan. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. Asimismo, el crecimiento de la obesidad infantil en los países desarrollados es espectacular y preocupante.
Al mismo tiempo que estamos comenzando a ver casos de niños de hasta 5 años con trastornos graves de alimentación y alteración de la imagen corporal. Estos hechos se pueden comprobar a diario en las consultas de atención primaria en pediatría, por lo que nos planteamos la necesidad de informar tanto a padres como pacientes de la importancia de una nutrición adecuada y unos hábitos correctos desde el principio. Para individualizar los consejos el máximo posible, planteamos como proyecto de calidad la realización de 4 hojas de recomendaciones en diferentes etapas de la vida pediátrica, incluyendo hábitos, consejos y ejemplo de una dieta adecuada.
Todo esto supondrá un ahorro de recursos humanos, facilitar el conocimiento de las familias y resolución de dudas y mejorar la accesibilidad a la información en el domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Facilitar el acceso a la información obtenida en consulta en la visita pediátrica sobre alimentación complementaria.
2. Informar a los padres sobre los consejos nutricionales y hábitos alimentarios en las distintas fases pediátricas.
3. Integrar positivamente la alimentación en la vida familiar.
4. Informar al paciente cuando su edad lo permita sobre la importancia de una nutrición correcta.
5. Facilitar un modelo de dieta, para la preparación del menú familiar.
6. Resolver las múltiples dudas que los padres presentan en su domicilio, evitando su acceso a recursos no siempre fiables.
7. Unificar los consejos del equipo médico del centro de salud.
8. Aumentar la confianza de los padres y del paciente en el equipo médico.
9. Comprobar el efecto surgido en la familia tras la entrega de las hojas de información con una encuesta de satisfacción.
10. Publicar y presentar en diferentes medios/congresos los resultados obtenidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar cuatro hojas de información al paciente divididas en:
- Introducción de alimentación complementaria: Entregada en la revisión de los 4-6 meses.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 1 a 3 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 4 a 9 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 9 a 14 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.

Aportar una entrevista de satisfacción a los pacientes para que rellenen y entreguen de forma voluntaria tras la lectura de las hojas de recomendación.
Las hojas de recomendación así como la encuesta de satisfacción se realizaran con consenso de los pediatras del centro de salud y el equipo de enfermería pediátrica. Posteriormente serán entregadas a los pacientes y sus familias por el equipo al completo según las necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_0582 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

-Indicador 1: Número de hojas de recomendaciones y encuestas de satisfacción entregadas.
-Indicador 2: Mejora información médico-paciente (Encuesta a los profesionales del servicio)
-Indicador 3: Comprobar la satisfacción de las familias a las que se han entregado las hojas de recomendación.
-Indicador 4: Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre-Noviembre- Diciembre 2016:
-Puesta en común y diseños de las distintas hojas de recomendación.
-Realización de la encuesta de calidad que recoja todos los aspectos deseados.
-Impresión de las distintas hojas de recomendaciones realizadas.
Enero 2017:
-Inicio de la entrega de las hojas de información y las encuestas de satisfacción.
Abril-Mayo 2017:
-Inicio de la evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras.
-Encuesta a los pacientes para valorar las mejoras tras puesta en marcha del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0642 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En las consultas de Atención Primaria, el uso de nuevas tecnologías permite la comunicación entre el especialista y el médico de atención primaria, mejorando la práctica clínica a nivel de las consultas en el centro de salud: Siendo la telemedicina una disciplina en expansión, lo es mas en el campo de la dermatología dada la importancia que tiene en esta especialidad la imagen.
La colaboración entre el pediatra y el dermatólogo facilita la resolución y favorecen la colaboración entre Atención Primaria y Especializada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Continuar con el envío de imágenes digitales de aquellos pacientes pediátricos susceptibles y valorar evolución de las mismas. Disminuir los tiempos de respuesta en la atención al paciente. Aumentar la capacidad resolutiva de los pediatras en el área de la dermatología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Centralizar en un solo responsable del Servicio de Dermatología, la remisión de las imágenes para su valoración e informe posterior, resolviendo las dudas tanto de diagnóstico como terapeúticas que puedan surgir
Disponemos de cámara digital, dermatoscopio y la tecnología para la remisión de imágenes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tasa de derivación de pacientes : numero de pacientes derivados desde el año 2013/ pacientes derivados 2016
Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida mediante encuesta de satisfacción
Análisis de la concordancia de los diagnósticos establecido spor el pediatra y el dermatólogo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuar durante el año 2016 con este proyecto y evaluación anual del mismo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VIÑAS VIAMONTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOZANO ENGUITA ELOISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FORCEN BELTRAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NUÑEZ OBON MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ ARNAL MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DEL POZO PARA ESTHER. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ANALISIS DE LA SITUACION EN DICIEMBRE DE 2015:

• Mediante revisión de datos de coberturas a través de OMI-AP, en el año 2014 se constató que el Indicador de Cartera de Servicios “Atención al Paciente Polimedicado”, se había quedado muy por debajo de lo esperado.
POBLACIÓN DIANA:
Pacientes > 75 años y consumo de 5 fármacos o más (como tratamiento crónico).
En general, los ancianos son pacientes con pluripatología y por tanto requieren el uso de varios fármacos simultáneamente. Esto puede tener como consecuencias un aumento considerable de las reacciones adversas y por supuesto de errores en la administración de los mismos.
• En el año 2015 se elaboró un proyecto de Mejora por un grupo de enfermeras con el fin de mejorar este indicador. Incluía sesiones informativas para el resto del equipo de enfermería, entrega y uso del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP.
Se alcanzó el objetivo propuesto por el grupo respecto a un aumento de más del 2% en la mayoría de los profesionales.
A finales de 2015 en Actur Norte se alcanzó una cobertura >37% de la población diana.

• En el Contrato Programa 2016 se establece, dentro del” Plan Personal de revisión Estructurada de la Medicación”, la revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería en Pacientes Ancianos Polimedicados > 75 años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Control de Pacientes Ancianos Polimedicados > 75 años

2.-Revisión de los criterios de inclusión y cumplimentación correcta del programa

3.-Adecuación de la medicación según las prescripciones indicadas en eReceta

4.-Mejorar la adherencia al tratamiento

A finales de 2016 en Actur Norte se pretende conseguir una cobertura >41% de la población diana (un 2% de aumento por cada trimestre de trabajo pendiente de este año respecto 2015).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este año 2016, todos los profesionales de Enfermería de adultos se proponen reforzar el trabajo iniciado y seguir mejorando. Para ello se plantea:
o Repaso detallado de los ítems de cumplimentación y forma de abordar a los pacientes y/o cuidadores, tanto en consulta como en domicilio. Estudio de la población anciana y su pluripatología.
o Mantener el control trimestral de seguimiento a través de los listados proporcionados. Actualización del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP que se elaboró en el centro para facilitar y unificar la forma de trabajo.
o Trabajo individualizado en aquellos cupos en los que la revisión aparece próxima a 0%.
o A finales de 2016 en Actur Norte se pretende conseguir una cobertura >41% de la población diana (un 2% de aumento por cada trimestre de trabajo pendiente de este año).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PARA todos los objetivos señalados -----> Alcanzar una cobertura del 41% en la intervención enfermera en todos los cupos de Medicina Adultos.

La evaluación se realiza trimestralmente mediante revisión de los listados de control enviados por Farmacia del Sector I.

Proyecto: 2016_1252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Fecha de inicio:

Junio 2016.

- Fecha de finalización:

Diciembre 2016.

Cronograma de Actividades

- Sesión: Recordatorio de cumplimentación de ítems y registro de la actividad en OMI-AP. Junio 2016
- Sesión Estudio comparativo de datos de cobertura respecto finales 2015. Septiembre 2016.
- Sesión: Control de datos de cobertura alcanzados en 2016. Diciembre 2016-enero 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUIG GARCIA MARIA CARMEN. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS VIAMONTE CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGO PABLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CUBERO ELVIRA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SAURA CAMPOS ASCENSION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El funcionamiento e implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), supone una mejora continua, por tanto el objetivo y compromiso de nuestro Equipo es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 en un SCG normalizado donde los procesos estan perfectamente documentados y actualizados. Para ello en nuestro Equipo de Atención Primaria(EAP) se han establecido objetivos e indicadores que permiten medir los procesos de forma permanente y estandarizada mediante un proceso de mejora continua en la detección de errores y riesgos reales y /ó potenciales.

El EAP Actur Norte del sector Zaragoza I se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011

Por lo que nuestro plantenamiento es Mantener el Sistema de Gestion de Calidad en el Centro de Salud Actur Norte basado en certificación ISO 9001-2008.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener la certificación ISO 9001-2008 en 2017

Mantener la certificación ISO 9001-2008 en 2017/18
Tras el informe de las auditorias de 2016, análisis de las no conformidades,estudio de las incidencias, valoracion de la reclamaciones y encuestas de satisfacion de los usuarios, y con el fin de mantener la certificación ISO 9001 se han establecido los siguientes objetivos(a destacar) :

1)Mejorar en el registro de OMI-AP en general y especialmente en la primovacunacion.
2)Mejorar la formación de forma continuada en los temas priorizados por el propio equipo según el SCG y Acuerdos de Gestión
3) Mejorar en el nivel de satisfacción de los usuarios (tanto a nivel de trato, Asistencia, y competencia del profesional)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mantener y mejorar la Utilización de la información del SGC (informe de auditoría, seguimiento de objetivos,d e indicadores ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, reclamaciones y encuesta de satisfacción, para la mejora continua

l) Establecimiento del plan de sesiones y/o talleres clínicos que incluyan temas acordes con los objetivos prioritarios del Acuerdo de gestión a destacar :1)EPOC; 2)diabetes; 3)atención al niño; 4)riesgo cardiovascular; 5)crónico dependiente; 6)calidad de registros; 7)uso racional del medicamento y adherencia al tratamiento; 8)prevención de la infección: higiene de manos; 9)dolor; 10)urgencias; 11)proyectos de mejora del EAP y 12)atención a la mujer. (responsable Asunción Sanchez Zapater-pediatra)

2) Análisis cualitativo y cuantitativo de las Incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte 2017 y resolución de las mismas (responsable Mª Begoña Abadía Taira)
3) Estudio de las reclamaciones interpuestas por los paciente y análisis de la encuesta de satisfacion de los usuarios de forma cuantitativa y cualitativa (responsable Carmen Puig y Carmen Viñas Viamonte)

4)Realizacion de acciones de mejora en la gestion administrativa de las agendas (modificaciones de las mismas a traves de la creación de colchones para paliar la demora...) (responsable Maria Jesus Rodrigo Pablo)
5)Participación en la Comision de Sector de Proyectos Asistenciales (responsable Mª Begoña Abadía Taira)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:

Realizacíon de Auditoria Interna,
Realización de revisión por la direción y
Cartificación por auditoria externa
A destacar en la evaluación:
a) 100%-90% sesiones clinicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas

Proyecto: 2016_1342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

b) 50% Reuniones EAP Actur Norte para encontrar LAS POSIBLE CAUSAS y soluciones para la mejora y, seguimiento de los indicadores previstos en el acuerdo de gestión y soluciones aportadas
c) Disminución respecto al año anterior en el tipo de reclamaciones, estudio de sus posibles causas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revision por la Direccion, SGC2016: 23 mayo 2017

Auditoria interna: …..2017
Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Mayo- Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio - Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Programa de Formacion Continuada.del EAP Actur Norte 2016/17.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Septiembre y diciembre de 2017

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.
Certificación ISO 9001

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS PATOLOGIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES VALLES PINTO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CAMPOS MONICA. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1. Son múltiples las dudas que las futuros padres tienen sobre el nacimiento y los primeros días de sus futuros hijos, que como ellas exponen en muchos casos, tienen dificultad a la hora de resolver los primeros días tras el parto.
2. En nuestro centro de salud no se realizan actividades conjuntas en relación a la preparación del parto con la matrona por parte del equipo médico de pediatría.
3. Existe una demanda social de formación médica en este grupo de población.
-La importancia de este proyecto radica en incluir en las clases preparto una sesión impartida por parte del equipo de pediatría del centro para informar sobre las situaciones más comunes y resolver las dudas de las futuros padres en relación a los primeros días de vida del recién nacido, especialmente los primeros 7 días hasta la primera visita

médica.
Mejoraría los siguientes aspectos:
·la calidad del servicio a los pacientes (con una información más detallada)
·la optimización del trabajo de los facultativos y enfermeras, resolviendo de antemano muchas dudas que posteriormente causan múltiples demandas en consulta
·la organización del servicio
·disminución de la ansiedad familiar al enfrentarse a determinadas situaciones desconocidas los primeros días tras el nacimiento de un bebe
·apoyar el trabajo realizado por la matrona del centro en este grupo de pacientes
Todo esto supondrá un ahorro de recursos humanos, facilitar el conocimiento de las familias y resolución de dudas y mejorar la accesibilidad de los padres al equipo médico del centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Participar con una sesión pediátrica en el contexto de las 8 sesiones
impartidas en el Centro de Salud por parte de la matrona en las clases de preparación al parto.
2. Informar a los padres sobre las situaciones más comunes los primeros días de vida de un recién nacido.
3. Integrar positivamente el nuevo rol de maternidad y paternidad.
4. Conocer las principales necesidades del recién nacido.
5. Adquirir habilidades para el cuidado del recién nacido.
6. Resolver las múltiples dudas que los padres presentan cuando se acerca el parto de un hijo y que son causas de múltiples demandas las primeras semanas del recién nacido.
7. Dar solución a la demanda existente de contacto con un pediatra en este momento.
8. Crear un equipo multidisciplinar estable que permita mejorar la relación y el manejo de la familia y recién nacido.
9. Garantizar la continuidad del proyecto con nuevas mejoras en años sucesivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La pediatra del Centro de Salud acudirá a la sala donde se realiza la
preparación al parto para realizar una sesión que inicialmente constará de información verbal y visual de los siguientes temas y posteriormente una puesta en común con resolución de dudas.
Temas a tratar durante la sesión:
1. La relación afectiva
••El vínculo afectivo.
••La comunicación con el recién nacido.
••El rol materno y paterno.
2. Las principales características y necesidades del recién nacido
3. Las habilidades para el cuidado del recién nacido
••La atención hacia el recién nacido y los recursos necesarios.
••Las estrategias para dar respuesta a las necesidades del recién nacido (actitudes y habilidades).
4. Recomendaciones respecto al sueño y al reposo
5. Recomendaciones para la prevención de la muerte súbita del recién nacido
6. Indicadores de normalidad del recién nacido

Proyecto: 2016_1737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Lanugo, Vérnix, estornudos, hipo, exantema, ictericia fisiológica, regurgitación...
7. Atención del recién nacido en el hospital
• Colirio antibiótico
• Vitamina K
• Temperatura
• Programa de detección precoz neonatal (prueba del talón)
• Detección precoz neonatal de la hipoacusia
8. Atención al recién nacido
• Pérdida de peso durante los primeros 5 días de vida
• Deposiciones meconiales al principio y deposiciones semilíquidas en recién nacidos alimentados con leche materna.
• Orina oscura.
• Ingurgitación o ligera inflamación en los pezones.
• Secreciones en genitales femeninos.
• La higiene (El baño, cura del cordón umbilical, deposiciones...)
• El dolor abdominal
• El estrés
9.Control post-alta del recién nacido (Visitas con el Pediatra, Matrona y Enfermería).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1. Número de familias que acuden preparación nacimiento
Indicador 2. Mejora información profesionales centro de salud- futuros padres (encuesta a los profesionales del servicio).
Indicador 3. Comprobar la satisfacción de los asistentes a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Indicador 4. Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre-Noviembre 2016:
-Puesta en común y diseños preliminares de las presentaciones, orientación del contenido.
Diciembre 2016:
-Inicio de la promoción de la nueva sesión en las clases preparto.
Enero 2017:
-Inicio de las sesiones.
Abril 2017:
-Inicio de la evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras.
-Encuesta a los pacientes para valorar las mejoras tras puesta en marcha de la sesión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REYERO BLANCO ELVIRA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANDRES PIÑOL MARIA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT. CELADOR/A. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAMANA SUAREZ MARIA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A raiz de la puesta en marcha por parte de la D.A.P. De nuestro Sector del Proyecto de Demanda No presencial para los Equipos de A.P, nuestro Centro de Salud crea un circuito interno de funcionamiento y racionalización de dicha consulta (dentro de los parámetros del proyecto principal)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el tiempo en consultas para la Demanda asitencial
Mejorar la asitencia de los usuarios y evitarles el tener que acudir a consulta para realizar estos trámites

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Creación de huecos específicos en las agendas de los profesionales de Demanda No Presencial
-Creación de un circuito de recogida de las recetas e informes médicos
-Se colocan en las puertas de las consultas Carteles informativos sobre la puesta en marcha y funcionamiento de dichas consultas
-Información a los pacientes que solicitan cita para consulta de la puesta en marcha del circuito
*Responsables son todos los componentes del servicio de admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Revisión de las agendas de las consultas para contabilizar el número de pacientes que se han citado
-Optimizar las agendas de cada consulta según la demanda de sus pacientes
-Revisión de las sugerencias del centro relativas al proyecto
-Estudio y detección de problemas mediante el contacto diario con los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:
Día 23 de enero 2017

Fecha de finalización:

Cronograma de Actividades

Pendientes de realizar una sesión informativa al Equipo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO, IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MORALES GREGORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERO VILLA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· CALERO FUERTES MARTA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· OLIETE HERRERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ CERVEL AVELINDA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SORIA SANCHEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MENES BLANCO TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· LARRIPA ROMEO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de elevada prevalencia que conlleva gran coste personal, social y economico. Es la primera causa de ceguera, tratamiento sustitutivo renal y amputación no traumática en los paises occidentales.

En el año 2012 hay 2,24 amputaciones por mil pacientes diabéticos (1,36 en mujeres y 2,99 en hombres). Las amputaciones de pie diabético en el periodo comprendido entre el año 2008a 2010 se mantienen estables, en el año 2012 aumentan.
En el análisis DAFO realizado en Aragón para profundizar en el estado de la situación del proceso asistencial de pacientes con diabetes se identifica como problema en relación con el control de las complicaciones la escasa evaluación del pie diabético.
En el Contrato Programa 2016 se establece el compromiso de implantar actuaciones que se deriven de las Estrategias de Salud priorizadas por el departamento. Una de ellas es la Estrategia de Diabetes con especial atención al manejo del pie diabético.

En el año 2015 se crea un grupo de trabajo en el Sector Zaragoza 1 “Protocolo asistencial Patologia Pié Diabético”, se forma a un grupo de enfermeras del Sector para que a su vez implanten la formación dentro de su EAP, con el objetivo de introducir en la consulta programada de diabetes una especial atención a la exploración del pie diabetico.Asi mismo se introdujo dentro de los planes personales de OMI, en el servicio de Diabetes un protocolo relacionado con la actividad.
La encuesta Nacional de Salud 2011/2012 establece una prevalencia de diabéticos en España de 6,96% de la población.

El análisis de los datos obtenidos de la historia clínica de Atención Primaria muestra 80.368 pacientes con diagnóstico de diabetes en Aragón en el año 2012, es decir el 7,2% de la población mayor de 15 años.(fuente: Programa de Atención Integral a la DM de la CAA)
Población > de 14 años C de S Amparo Poch: 13.086.
Personas > 14 años con diagnóstico de diabetes del C de S Amparo Poch: 912 (OMI) se establece una prevalencia de 6,9 %.

Resultado obtenido en la evaluación de Cartera de Servicios del indicador 1.9 “ Personas con diabetes y exploración del pie en el año” del Acuerdo de Gestión del año 2016: 40,57 %.

Objetivo que se desea alcanzar en el año 2017 en dicho indicador es de un 45 %.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados
Alcanzar una cobertura del 45 % en la intervención enfermera: Atención al paciente Diabético: Exploración pie diabético

Pacientes > de 14 años con Diagnóstico de Diabetes y exploración de pie diabético en el último año 2016: 370 .

Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión y solicitud(si es necesario) del material necesario para realizar la exploración: Filamentos-

Proyecto: 2016_1240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO, IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA

Doppler.....

Sesión Formativa: Exploración Pie Diabético y registro de la actividad en OMI: Pendiente de fijar fecha. Será impartida por las profesionales que asistan al Curso de Diabetes ofertado por el Sector.
La actividad se llevará a cabo en Consulta Programada de Enfermeria, por todas las enfermeras que atienden población adulta del Centro de Salud

Sesió Formativa: Realización de la Técnica: Indice Tobillo/Brazo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Datos obtenidos: Cuadro de mandos Diabetes.

Se harán 3 cortes a lo largo del año 2017. En Marzo. En Junio y Septiembre.
En Enero 2018 se realizará la evaluación final.

Información Periodica de resultados obtenidos por cada enfermera, utilizando el recurso de Cuadro de Mandos de Diabetes.

Indicador: Pacientes> de 14 años con Diagnóstico de Diabetes y exploración pie diabetico en el último año/ Pacientes> de 14 años con Diagnóstico de diabetes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:
Enero 2017
Fecha de finalización:
Enero 2018
Cronograma de Actividades
Pendiente de fijar y confirmar sesión clínica
Documentos Revisados: Cuadro de mandos de Diabetes
Manual de Calidad: Equipos de Atención Primaria. UNE en ISO 9001- Intranet Salud
Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus CAA. Enero 2015

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MORALES GREGORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT. CELADOR/A. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERNANDO LOPEZ ANA. TCAE. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El C.S. Amparo Poch se incoporó a la Norma ISO 9001 en Junio de 2015, en Septiembre de ese mismo año nos sometimos a una Auditoria externa y el 15 de Junio de 2016 a la última auditoria Interna, en base a esta última auditoria se nos informó que:
-En lo referente al Pedido de materiales y su verificación se había hecho correctamente.
-En lo referente al almacenamiento y distribución se realizan correctamente
-En la referente a los Stock mínimos había una pequeña desviación en Almacén y Unid. Apoyo
-En lo referente al control de caducidades de botiquín tiene la misma desviación que los Stock
-El control de existencias se realiza de forma correcta
-El control de devoluciones se realiza de forma correcta
Después de la auditoria quedó pendiente la gestión de los fungibles:
-Fijar stock mínimos
-Etiquetar todos los materiales
-Implementar la hoja de rotura de stocks
-Dinamizar el uso de la hoja de incidencias para la comunicación de cualquier “fallo-error” en el circuito.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En relacion a:
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados :
Se realizarán los pedidos de manera mensual teniendo en cuenta los stocks mínimos previamente fijados
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas:
Control de caducidades de manera mensual, comunicación de rotura de stock y actuaciones posteriores
Garantizar los derechos aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos:
Que siempre se disponga de materiales suficientes para la atención de los usuarios de nuestra zona
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado:
Optimizar los recursos asignados al centro, adecuación de la financiación a las necesidades reales del centro, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con perdidas de material por falta de uso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión y control mensual de los pedidos, distribución, caducidades y stock mínimos.
-Hoja de seguimiento y registro de las Caducidades de los medicamentos
-Hoja de seguimiento y registro de rotura de stock mínimos
- Fijar stock mínimos en materiales fungibles teniendo en cuenta el consumo medio de los mismos
-Utilizar las hojas de Incidencias y No conformidades para notificar fallos en la realización del proceso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores se obtendrán a través de los registros internos de cada procedimiento.
Como indicadores comunes:
-número de incidencias/mes
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
Datos obtenidos:
A partir de la Auditoría Interna de Junio 2016

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:
Elaboración e implementación de la hoja de rotura de stock.....Junio 2017
Fijar stock mínimos de material fungible.....Septiembre 2017
Reunión miembros del proyecto.....Una vez al año
Seguimiento de actividades.....Trimestralmente
Puesta en marcha del procedimiento.....Junio 2017
Fecha de finalización:
Enero 2018
Documentos Revisados:Manual de Calidad: Equipos de Atención Primaria. UNE en ISO 9001- Intranet Salud

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARIÑO PELLICER SARA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MELUS PALAZON ELENA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ PEREZ JUDIT. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· CARRERA NOGUERO ANA MARIA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN CATALAN NURIA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO CASTILLO VICTOR. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Un estudio reciente ha reflejado una prevalencia de un 4,4% en población adulta española> 40 años, llegando a 17,7% en mayores de 80 años.
Además debemos tener en cuenta que una gran cantidad de FA son asintomáticas y muchas veces no diagnosticadas.
La trascendencia de esta arritmia se debe a sus implicaciones pronósticas (su presencia duplica la mortalidad independientemente de la presencia de otros predictores y multiplica por cinco el reisgo de ictus), la morbimortalidad que genera (es responsable de 25% de los ictus isquémicos) y el elevado gasto sanitario que conlleva el manejo de la propia arritmia y sus complicaciones.
Por su elevada prevalencia, carácter crónico, presentación clínica diversa, comorbilidad, enfoque terapéutico y necesidad de un seguimiento clínico estrecho, la FA es una entidad que implica a la AP en toda la historia natural de la enfermedad.
La prevención del ictus constituye un objetivo terapéutico prioritario en la FA. La anticoagulación (ACO) es un tratamiento muy eficaz para prevenir el embolismo sistémico y por ello debemos conocer sus indicaciones y contraindicaciones.
El médico de familia tiene una responsabilidad en todo el proceso asistencial: prevención y detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a largo plazo de la arritmia y prevención de sus complicaciones (anticoagulación oral).
Debemos tener presente que el riesgo embólico no es constante y varía en función de distintos factores, por tanto la decisión de anticoagular o no habrá de realizarse de forma individualizda y mediante una reevaluación constante. Por ello se diseña este estudio para conocer la evaluación del riesgo de ictus en cada paciente mediante la escala de CHA2DS2VASc y la evaluación de riesgo de hemorragia mediante la escala de HASBLED.

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

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Factores de riesgo de ictus:
Insuficiencia cardiaca o disfusión sistólica ventricular izquierda
Hipertensión
Edad
Diabetes Mellitus
ACV, AIT o tromboembolia
Enfermedad vascular (Infarto de miocardio previo, enfermerdad arterial periférica, placa aórtica)
Sexo
Factores de riesgo de sangrado:
Hipertención
Función renal y/o hepática alteradas

Proyecto: 2016_1298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

ACV previo
Sangrado previo
INR lábil
Edad
Toma de fármacos o alcohol
Posibles contraindicaciones
Porcentaje de buen control (INR): Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.
Riesgo de tratamiento anticoagulante
Beneficio de tratamientos anticoagulante
Indicación de los nuevos anticoagulantes orales
Indicación de Acenocumarol
Tipo de anticuagulante oral: acenocumarol, aldocumar, dabigatrán, rivaroxabán, apixaban.
INR lábil: Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.
Aparición de evento cardioembólibo
Aparición de evento hemorrágico

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2016_1341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP Actur Oeste del sector Zaragoza I se encuentra certificado/desea conseguir la certificación (indicar lo que proceda) según norma ISO 9001 desde el año 2017.

Nuestro plantenamiento es: (completar según el título escogido)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener la certificación ISO 9001-2008.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.- Mantener y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad: informes de auditoría, seguimiento de objetivos, de indicadores de ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, anlisis de reclamaciones y encuesta de satisfaccion de usuarios, para la mejora continua

.- Participación en la Comision de Sector de Proyectos Asistenciales

.- Resolución de NC encontradas en las auditorias y en la mejora de los datos de los indicadores de objetivos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:
.- Realizacion Auditoria interna,
.- Realizacion de Revision por la direccion y
.- Certificacion por auditoria externa.

Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revision por la Direccion, SGC2016: mayo 2017
Auditoria interna: …..en 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Mayo - Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio - Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Incluir en Programa de Formacion Continuada. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Septiembre y dicimebre de 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.
Certificación ISO 9001
POBLACIÓN DIANA.
EDAD. Todas las edades
SEXO. Ambos sexos
TIPO DE PATOLOGIA: otros
OTRO TIPO DE PATOLOGÍA: Todas patologías
Valore el proyecto en relación a los siguientes apartados
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (>satisfacción). 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

2. RESPONSABLE ..... TERESA TORNOS SIMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUCHI OTERINO BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SORIA SANCHEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SERRANO LUIS ELIAS. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL. PEDIATRA. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad invasiva (ENI) causada por Sreptococcus pneumoniae constituye un importante problema de Salud Pública debido a su morbilidad y mortalidad siendo la población más susceptible lactantes, niños pequeños y adultos mayores de 65 años. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes aumentan el riesgo de padecerla. La medida más costo-efectiva para prevenirla es la que se obtiene mediante la vacuna antineumocócica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacárica 23 serotipos que no genera memoria inmunitaria y la vacuna conjugada de 13 serotipos que sí la genera y tiene respuesta más potente. La vacunación en adultos está justificada en caso de inmunodeficiencia, pero tambien en inmunocompetentes con otras patologías de base como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica,cardiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo, según el consenso de 16 Sociedades científicas sobre vacunación antineumocócica en el adulto (1). Se deduce por tanto, la importancia de recomendar la vacunación a los adultos afectados de las patologías anteriormente expuestas, así como fomentar la vacunación en población infantil. Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocócica son mucho más bajas de lo deseable, pudiendo influir la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque esté recomendada, no está financiada por el sistema público.
Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.
Nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, ya que a pesar de las medidas terapeúticas actuales, la incidencia y mortalidad de la enfermedad neumocócica en estos pacientes se mantienen elevadas.
Bibliografía: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la prevención de la enfermedad neumocócica
2. Mejorar la cobertura vacunal en el niño y adulto con diabetes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Encuesta inicial a los profesionales sanitarios del centro de salud sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
2. La responsables del proyecto realizará sesiones clínicas formativas al resto de profesionales del centro de salud (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermería) sobre prevención de la enfermedad neumocócica en el adulto y en el niño, que incluirá la detección del paciente de riesgo y exposición del consenso sobre la vacunación antineumocócica.
3. Presentación al Equipo de los resultados, al finalizar el proyecto y grado de satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Cobertura vacunal en población diabética (CIAP- T90)que esté en tratamiento con antidiabéticos orales o insulinodependientes, tanto infantil como adulta, con vacuna 23valente y con vacuna 13valente.
2. Esta cobertura se evaluará al inicio del proyecto y a los 6 meses de instaurado.
3. Comparación de resultados y porcentaje de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Noviembre -Diciembre del 2016 se valorará la cobertura vacunal frente a enfermedad neumocócica en la población diabética Código CIAP-T90 del CS Actur Oeste.
2. Enero-Febrero 2017 se dará una sesión formativa dirigida a los profesionales sanitarios de nuestro centro de salud (Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras) y se pasará una encuesta individual para conocer la opinión y el manejo de estos profesionales en lo referente a la administración de la vacuna antineumocócica.
3. Mayo-Junio 2017 nueva valoración de la cobertura vacunal.
4. Junio 2017, sesión informativa donde se expondrán los resultados del análisis a los profesionales sanitarios, así como una encuesta de satisfacción.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1338 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. ACTUR OESTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR NAVALES BELTRAN
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIMON SIMON ISABEL. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS ACTUR OESTE. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad de higiene bucodental pretende estimar el porcentaje de enfermedades bucodentales que presentan los pacientes crónicos atendidos en dicha Unidad en el período de Junio a Diciembre de 2017 para actuar en la promoción de la salud de estos pacientes de forma específica sobre los hábitos y patologías relacionados..
Este proyecto es la fase inicial de un proyecto que tendrá continuidad con un 2º proyecto de Educación para la Salud Bucodental en dichos pacientes crónicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Conocer el nº de pacientes crónicos atendidos en la Unidad SBD del Centro de Salud Actur Oeste.
2. Determinar la frecuencia de presentación de las diferentes enfermedades bucodentales en los pacientes crónicos.
3. Diferenciación de las enfermedades bucodentales en los pacientes crónicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir los objetivos se proponen las siguientes acciones:
1. Registro de todos los pacientes crónicos que acuden a nuestra consulta identificando el tipo de enfermedad crónica.
2. Registro de la Enf. Bucodental que presentan: caries, enf. Periodontal, ausencia piezas dentarias, otras.
3. Análisis de los resultados y selección de oportunidades de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica atendidos en la USBD de Actur Oeste de Junio a Diciembre de 2017.
2. Porcentaje de presentación de enfermedad Bucodental según patología crónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración prevista de la actividad será de 6 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CRÓNICOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1548 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICA DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR. LIMPIEZA, DEPURACION Y ACTUALIZACION DEL ARCHIVO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LAFUENTE GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LITE MARTINEZ AMPARO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GIMENEZ EROLES INMACULADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ROJAS MEDIAVILLA MARIA LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· AÑON ALMAZAN MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PUERTOLAS FELICES JUAN MANUEL. CELADOR/A. CS ACTUR SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad el archivo de papel tiene una capacidad de unas 20.000 historias, y no se ha depurado desde el año 2008, año en el que se dividió la zona básica de salud. Este archivo ocupa un espacio muy relevante en el centro de salud y requiere actualizarlo y enviar al almacén del SALUD: DEJAR ESPACIO PARA NUEVAS HISTORIAS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
TENER UN ARCHIVO ACTUALIZADO de acuerdo a los criterios de la lislación de la documentación clínica.
RETIRAR HISTORIAS QUE NO CUMPLEN LAS CONDICIONES DE CUSTODIA DOCUMENTAL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LOS RECURSOS UTLIZADOS SON LOS QUE PROPORCIONA LA BDU, A TRAVÉS DE LA EXPLOTACIÓN DE DATOS.
Revisiones periodicas de la evolución del estado del archivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se prevee depurar un volumen de más menos 3000 historias
Se revisarán todos los años, preferentemente las historias de las usuarios de más edad.

Características de historias: EXITUS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 1 de julio y finalización el 15 de diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.
LEY 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
No aclara qué hacer con las historias de fallecidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. gestión de usuarios
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION ANTICIPADA DE CUIDADOS AL FINAL DE VIDA. ESTRATEGIA DE APLICACION POR UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA A USUARIOS ASINTOMATICOS Y A PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

2. RESPONSABLE ..... ROGELIO ALTISENT TROTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ ROCHE TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTINEZ SARA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· VIÑUALES SOTO TINA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· ANTONIO PANIAGUA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· ALVIRA GIMENEZ DE AZCARATE URSULA. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· ROJAS MEDIAVILLA MARIA LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las voluntades anticipadas (VA) se empezaron a promover en USA hace 40 años, de manera paralela al consentimiento informado, como expresión del respeto a la autonomía del paciente para cuando éste ha perdido la capacidad de tomar decisiones al final de la vida. A pesar de su interés conceptual, en la práctica se ha experimentado un cierta perplejidad ante la dificultad por lograr su generalización, de modo que en USA no pasan del 25% los ciudadanos que formalizan VA, mientras que en Aragón apenas alcanza el 0,6% (7.500 ciudadanos) con cifras próximas a la media de España. Hace 20 años se inició, también en USA, el movimiento “advanced care planning” que es un avance conceptual del tema más vinculado a la práctica clínica, en un contexto más relacional y facilitador, que no descarta la elaboración de VA.

Este moderno concepto de Planificación anticipada de los cuidados (PAC) se define así: Es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente. Esta planificación puede incluir: la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante. Todo ello deberá constar en la historia clínica.

El reto operativo la PAC es el modo de introducirlo de manera sistemática y natural en la relación clínica, como un proceso continuo de fácil actualización, estableciendo una clara diferencia de contenidos entre el paciente con enfermedad avanzada y el usuario que no tiene una enfermedad amenazante.

Este proyecto se propone poner en marcha una experiencia que permita facilitar entrevistas para realizar la PAC en atención primaria, logrando un adecuado registro en la historia clínica, de modo que la expresión de la voluntad del paciente sea operativa en el proceso asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto tendrá dos fases:

1ª Estructuración y definición del procedimiento para elaborar la PAC con dos perfiles de pacientes: a) sano, b) con enfermedad avanzada.

Se incluye la elaboración de una encuesta semiestructurada para cada tipo a) y b), con su adecuado alojamiento en un espacio de la historia clínica-OMI

2ª Realización de la PAC en un grupo de pacientes de cada tipo en varias consultas (CUPOS) del centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1. El grupo investigador realizará un trabajo de consenso para definir los contenidos de la encuesta semi-estructurada para los dos tipos de pacientes, estableciendo los criterios del contenido básico de una PACb, requerido en paciente con enfermedad avanzada(PACbea) y en usuario sano (PACbus)

6.2. El grupo investigador cuenta con expertos en OMI que analizaran con los servicios centrales el modo de registrar la PAC realizando una propuesta antes de iniciar las entrevistas

6.3. Se realizarán las correspondientes citaciones oportunistas en consultas o en visita domiciliaria para realizar las entrevistas por parte de medicina o enfermería indistintamente, tras el acuerdo del binomio asistencial de cada CUPO participante.

En la PACbea se utilizará de manera optativa el GOWHIS CARD (juego de 36 cartas que facilitan las conversaciones sobre preferencias al final de la vida).

Proyecto: 2016_1294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION ANTICIPADA DE CUIDADOS AL FINAL DE VIDA. ESTRATEGIA DE APLICACION POR UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA A USUARIOS ASINTOMATICOS Y A PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

6.4. Finalizado el periodo de 6 meses del proyecto el grupo investigador analizará los resultados y elaborará un propuesta al equipo, que en su caso puede ser generalizable en una segunda fase.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador para evaluar el proyecto será el número de PACb registradas

Se propone que al finalizar el proyecto se haya realizado un mínimo de 20 PACbea en pacientes con enfermedad avanzada (5 pacientes x 4 CUPOS) y 100 PACbus en usuarios sanos (25 x 4 CUPOS). Con la opción de que otros 4 CUPOS aporten casuística.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MAYO 2017. El grupo investigador realizará un trabajo de consenso para definir los contenidos de la encuesta semi-estructurada para los dos tipos de pacientes, estableciendo los criterios del contenido básico de una PACb, requerido en paciente con enfermedad avanzada(PACbea) y en usuario sano (PACbus)

MAYO 2017. El grupo investigador analizará con los servicios centrales del SALUD el modo de registrar la PAC realizando una propuesta antes de iniciar las entrevistas

JUNIO-NOVIEMBRE 2017. Se realizarán las correspondientes citaciones oportunistas en consultas o en visita domiciliaria para realizar las entrevistas por parte de medicina o enfermería indistintamente, tras el acuerdo del binomio asistencial de cada CUPO participante.

Previsión: 1 PACbea x mes x CUPO/5 PACbus x mes x CUPO

DICIEMBRE 2017. EL grupo investigador analizará los resultados y elaborará un propuesta al equipo, que en su caso puede ser generalizable en una segunda fase.

9. OBSERVACIONES.
Se solicitará financiación para la organización o asistencia del grupo investigador a actividades formativas relacionadas con el proyecto, o su inclusión en la docencia del área.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente sano y paciente con enfermedad avanzada
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_1337 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRA VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA". BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD MASSACHUSETTS

2. RESPONSABLE ..... ROSA GONZALEZ UBEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAHUERTA JARQUE AMPARO. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· LITE MARTINEZ AMPARO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La población atendida por el CS Actur Sur es de 15.468 hab. El grupo etario más numeroso es el 40-59 años. Atendiendo a las características de la población y la situación de incertidumbre originada por la crisis económica, que ha generado y genera un alto nivel de estrés, afectando a la salud física y psíquica. A iniciativa de los profesionales del EAP, desde el año 2011 se vienen desarrollando talleres para el aprendizaje en la reducción del estrés basados en mindfulness - atención plena. La eficacia de esta práctica ha sido contrastada por numerosos estudios científicos.Hay evidencia sobre sus efectos en generar resiliencia. Promueve el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud y el cuidado participativo. También se ha observado su eficacia para prevenir el síndrome "burn out" en las profesiones de ayuda.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Que los participantes en el taller puedan conocer, desarrollar y fortalecer habilidades para la gestión del estrés a través de prácticas formales y en la vida cotidiana, de atención plena- mindfulness como base para cultivar la resiliencia emocional y actitudes positivas hacia su salud y poder aplicarlas eficazmente a lo largo de toda la vida adulta. 2. Dar a conocer la práctica de mindfulness-atención plena a los profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP por medio de sesiones formativas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El taller es una actividad de educación para la salud en grupo que enfatiza el aprendizaje experiencial en el contexto de dinámica grupal. Se presentan prácticas formales de atención plena cuerpo-mente(Exploración corporal)Meditación y Ejercicios corporales conscientes (estiramientos) y diversas prácticas de atención en la vida cotidiana. Se desarrolla en 8 sesiones semanales de 2h 30min de duración cada una. Los participantes reciben materiales e indicaciones para la práctica en casa, tanto formal como informal, con una dedicación individual de 1 hora diaria entre las sesiones semanales grupales. Recursos humanos:La enfermera responsable de la actividad, con formación en MBSR, Meditación y Psicología Contemplativa. 2 fisioterapeutas que participan en calidad de asesoras en los ejercicios corporales si la situación física de los participantes lo requiere.1 administrativa y 1 profesional sanitario colaborador, previa solicitud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se utilizan Encuestas de Valoración pre, en la mitad y post-taller y Registro especifico de la actividad en cada sesión. ESTRUCTURA : Nº de profesionales que participan en la actividad / Nº de profesionales previstos.PROCESO: Nº de talleres realizados / Nº de talleres previstos.RESULTADOS:1. Nº de participantes que inician la actividad/ Nº de participantes que la terminan.2. Nº de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas de mindfulness aprendidas en el taller/ Nº de participantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Calendario 2017: Taller: 8 sesiones semanales. Miércoles 16-18:30. 1er.grupo: 22 Marzo-17 Mayo. 2do.grupo: 20 Septiembre-28 noviemb. Sesiones formativas dirigidas al EAP: 8 Febrero: Sesión Informativa sobre contenidos, estructura del taller y sistema de derivación.23 Febrero: Sesión formativa al EAP: " La atención plena-mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para pacientes y profesionales"

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Influencia del estrés en la saud. Promocion de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1541 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

2. RESPONSABLE ..... TERESA ALVAREZ ROCHE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MARTINEZ SARA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Población femenina en edad madura (perimenopausia,menopausia y postmenopausia) que demanda información en el proceso de cambio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar los conocimientos de la mujer para mejorar su nivel de salud. Intentar conseguir cambios de actitudes para mejorar la calidad de vida. Elevar la autoestima y seguridad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
grupos 10 -12 mujeres y dos profesionales sanitarios una vez/semana un total de 7 sesiones. Recursos materiales :sala, pizarra,material didactico,ordenador,video, televisión,cañón,colchonetas, película video.i

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación cuantitativa :indicadores de proceso, de estructura,de resultados. Evaluación cualitativa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
no fecha fija un grupo/año una sesión semanal 6 sesiones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. menopausia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION

2. RESPONSABLE ..... SARA LOPEZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ ROCHE TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· MARZO GARCIA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un ritmo de vida excesivo y con poco tiempo de dedicación a uno mismo por las obligaciones laborales,sociales,familiares . La forma de afrontar y resolver a traves del aprendizaje de técnicas de relajación puede facilitarla forma de orientar los problemas y las soluciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
mejorar la calidad de vida de los pacientes con el aprendizajede técnicas de relajación muscular prgresiva, mejorar el abordajede las dificultades, disminuir frecuentación en consultas por ansiedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
captación en consultas citación en agenda especifica.sesión formativa y presentación al EAP. Recursos materialer :sala,colchonetas,música, folletos informativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
indicadores de estructura,proceso y resultado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 grupos/año 4 sesiones/grupo 1 hora /sesión

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ansiedad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1555 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCIN A PACIENTES CON EPOC

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PITARQUE GARGALLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ ROCHE TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAHUERTA JARQUE AMPARO. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EPOC enfermedad con una prevalencia de 10,2 %, está infradiagnosticada,con una elevada morbimortalidad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
disminuir incidencia y morbimortalidad, mejorar la supervivencia, mejorar la función respiratoria, y la calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
proyecto de mejora del centro EPS con fisioterapia respiratoria y utilización de inhaladores .Captación en consulta agenda específica en admisión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
indicadores de estructura,proceso y de resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2grupos/año 10 pacientes /grupo 10 sesiones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0599 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFLUENCIA DEL EJERCICIO FISICO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA OBJETIVA, MEDIANTE IMC, TA, GLUCEMIA Y DISLIPEMIA Y SUBJERTIVA, MEDIANTE TEST

2. RESPONSABLE ..... AURELIO GARCIA LOBERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA RUIZ MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CENALMOR ISABEL. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN GUALLAR TERESA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE ORTILLES TERESA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En atencion primaria una parte importante de la mejoria de la salud en la poblacion depende de que se impliquen en ello, mediante la promocion de un habito fundamental, como es el ejercicio fisico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Influencia de ejercio fisico en parametros objetivos (TA, glucemia, dislipemia) y subjetivos (test de biennestar psicologico) durante 1 año

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Entrevista inicial motivacional con medicina inicialmente, explicandoles su inclusion en el programa asi como su seguimiento mensual desde enfermeria, con toma de constantes y peso, asi como refuerzo para que sigan con su actividad fisica. Analitica inicial, a los 6 meses y a su finalizacion.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos analiticos en el pto 0-6 y 12 meses, asi como mensualmente peso y TA,

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicialmente se plantea un cronograma de 1 año, con reclutameinto de pacientes en noviembre y diciembre y empezar la 2ª quincena de enero 2017. Revisiones mensuales por enfermeria y visita medica inicial, a los 6 meses con la analitica y al año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatologia: cardiovscular y diabetes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0834 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA NAVARRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN BALLARD TERESA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOBERA AURELIO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· CUCALON ARENAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A pesar de la existencia de información sobre alimentación saludable en los medios de comunicación y de que la educación sanitaria es continua en las consultas de pediatría de atención primaria, observamos en algunos niños y adolescentes hábitos alimentarios poco deseables. Incidir en una información más detallada y veraz a los padres, madres y cuidadores, sobre como conseguir un adecuado equilibrio nutritivo, retrasa o evita la aparición de obesidad y otras enfermedades crónicas muy prevalentes en la edad adulta y responsables de una alta morbimortalidad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que una gran proporción de familias conozcan como debe ser el reparto más adecuado de nutrientes y cuales son los más y los menos aconsejados. Ayudarles a tomar conciencia de la importancia de adquirir hábitos de alimentación saludable en la familia y de la repercusión que ello tiene en el crecimiento, desarrollo y estado de salud de sus hijos e hijas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La responsable del proyecto impartirá charlas informativas y de sensibilización sobre hábitos de alimentación saludables a familias y cuidadores de los niños y niñas de los dos centros escolares (CEIP Reino de Aragón y CEIP Los Albares) de La Puebla de Alfindén.
Se utilizarán como apoyo presentaciones en power point.
El proyecto forma parte de un programa iniciado el curso pasado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se analizará la participación: Proporción de padres, madres y cuidadores que asistan a las charlas informativas
Previamente a las charlas se pasará una encuesta a los escolares sobre consumo de determinados alimentos que se repetirá después de las mismas. Se valorará como positiva cualquier mejora en los hábitos alimentarios de los hijos e hijas de la población diana

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será de un curso escolar
Se realizarán 2 charlas a lo largo del primer trimestre

9. OBSERVACIONES.
Esta actuación se enmarca dentro del Plan de Infancia y Adolescencia del Ayuntamiento de La Puebla de Alfindén y se desarrolla en colaboración con técnicos municipales y responsables de los centros escolares

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0883 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTAR BUENOS HABITOS ALIMENTICIOS EN ESCOLARES

2. RESPONSABLE ..... TERESA GUILLEN BALLARD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO SERRANO EVA MARIA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO JIMENEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CARBONERO ANA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA RUIZ MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ZARZA LEONOR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE ORTILLES TERESA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace unos años, venimos detectando en las revisiones que hacemos en la consulta de pediatría, dentro del programa de atención al niño en edad escolar, que los niños desconocen que alimentos son nutricionalmente adecuados y cuales le perjudican.En muchas ocasiones no les importa modificar sus hábitos si se les explica los beneficios que conlleva el comer alimentos sanos y así evitar en un futuro enfermedades relacionadas con la ingesta excesiva de calorías, grasas y azúcares refinados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Modificar en los niños el consumo de alimentos que favorecen sobrepeso, diabetes... (enfermedades que han aumentado en nuestro medio) así como disminuir el consumo de azúcares y grasas saturadas en edades pediátricas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El profesional responsable proyectará en ambos centros escolares de La Puebla de Alfinden (CEIP Reino de Aragón y CEIP Los Albares) un power point junto con juegos y encuestas interactivas, buscando la participación de los escolares de 11 años (5º primaria).
El proyecto forma parte de un programa iniciado el curso pasado por el equipo de pediatría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se buscará la implicación de los escolares,formando un grupo de niños encargados de realizar una encuesta sobre que desayunan sus compañeros de 5º de primaria en ambos centros escolares.
La encuesta se relizará al grupo que recibe la charla antes y después de ésta.
Se valorará como positivo al comparar ambas encuestas el aumento de alimentos saludables, así como la disminución de alimentos ricos en azúcares refinados y grasas saturadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizarán dos charlas, una en cada centro escolar,durante el curso escolar 2016-2017, previsiblemente en el mes de noviembre.

9. OBSERVACIONES.
Este programa está incluido dentro del Plan de Infancia y Adolescencia de la Puebla de Alfinden, inicativa municipal de promoción de la salud.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevenir obesidad y diabetes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BASICO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SERRANO EVA MARIA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO ABAD MARIA TERESA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOBERA AURELIO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El soporte vital basico proporcionado por personal no sanitario se ha demostrado fundamental para prolongar las funciones vitales del paciente hasta que llega el equipo sanitario.

Cuestionario incial abierto donde analizar las inquietudes de este colectivo en soporte vital basico, obstruccion de la via aerea y primeros auxilios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover y actualizar los conocimientos teorico practicos en soporte vital basico en el colectivo de profesores adscritos a un colegio en La Puebla de Alfinden.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Material teorico suministrado a los alumnos, en este caso a los profesores, que es la poblacion diana, seguido a los 15 d de sesion teorica de 15 min y practica de 90 min, donde poner en practica los conocimientos adquiridos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Examen previo a la entrega de material docente, donde se analizara el grado de conocimiento/capacitacion previo. Al terminar la sesion teorico practica se volvera a pasar el mismo cuestionario y otra vez a los 6 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En septiembre -octubre 2017 se plantean el examen, entrega de material docente y realizacion de curso teorico practico. Siendo prevista su finalizacion en junio 2018 aprox, con el tercer examen.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sanos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1613 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: MEJORA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE ..... TERESA LORENTE ORTILLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUCALON ARENAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS ALFAJARIN.
· NAVARRO SERRANO EVA MARIA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN.
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN.
· GIMENO ABAD MARIA TERESA. PEDIATRA. CS ALFAJARIN.
· LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 1.
· GARCIA LOBERA AURELIO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La utilización inadecuada de antibióticos conlleva un aumento progresivo de las resistencias de los microorganismos, facilita la aparición de un mayor número de efectos indeseables e incrementa el gasto farmacéutico.

Mediante el estudio de los indicadores de calidad de prescripción de nuestro equipo, se detectan defectos cualitativos y cuantitativos de prescripción de antibióticos en la zona básica de salud, posiblemente en relación con problemas de formación actualizada de los profesionales y con las expectativas de una población que demanda antibióticos ante problemas banales. Además, se observa gran variabilidad de uso de principios activos ante un mismo proceso infeccioso, los que nos alerta de la necesidad de revisar y consensuar las indicaciones de primera elección.

Reunido el equipo se decide centrar los esfuerzos en la mejora de este indicador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminución de la DDD de antibióticos
- Mejorar/Optimizar el perfil prescriptivo de antibióticos
- Consensuar entre los profesionales los AB de primera elección en los procesos infecciosos más frecuentes
- Elaboración de un prontuario con las principales tablas de uso de AB según patología
- Concienciar a la población sobre el uso correcto de antibióticos
- Mejorar la formación en antibioterapia a los integrantes del EAP
- Fomentar el trabajo en equipo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión en reunión de equipo facultativo de los indicadores de antibióticos. Análisis de causas.

-Realización de sesiones clínicas sobre indicaciones de antibióticos en al menos los siguientes temas: Infecciones Respiratorias, Odontológicas, ORL, Digestivas, Urinarias, de Transmisión Sexual y Dermatológicas.

Las sesiones serán coordinadas por la Dra Mª Jesús Pérez Aranda, responsable de formación del EAP y serán impartidas por los miembros del equipo, contando con la colaboración de la farmacéutica de área.

El contenido de las sesiones se adaptará a la evolución de los indicadores de prescripción de antibióticos que se monitorizarán periódicamente.

- Elaboración de prontuarios de uso correcto de los antibióticos en las principales patologías de AP para uso del equipo, que serán supervisados por responsables de nuestro laboratorio de referencia

- Actividades de concienciación/educación a la población.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará monitorización trimestral de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de penicilinas / total de AB
- DDD ciprofloxacino/ total Quinolonas
- Amoxicilina y Penicilina benzatina /Amoxicilina-clavulánico
- Cefalosporinas 3º generación / total de cefalosporinas

- La unidad de medición será la DDD (Dosis Diaria Definida)
- Se analizará el perfil prescriptivo por grupos de antibióticos
- Se realizará gráfico de control tipo “p” a partir de los indicadores referidos desde Enero de 2017, monitorizando las tendencias y observando la variabilidad.

Proyecto: 2016_1613 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: MEJORA DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL

- Finalmente se comparará el perfil y la dosis DDD de antibióticos de los años 2017 y 2018 antes y después de la intervención

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: abril 2017 Fecha de finalización: abril 2018
- Enero-abril 2017: solicitud de información, análisis de indicadores, detección de problemas, priorización de objetivos y planificación del proyecto
- ABRIL-MAYO 2017: sesiones de de actualización en antibioterapia y elaboración de prontuario.
- Trimestralmente : reunión de equipo para evaluar las tendencias e implementación de las actividades de mejora.
- ABRIL 2018: Evaluación final.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_0290 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

2. RESPONSABLE ..... MARINA FRANCES PINILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PABLOS MUR CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Aprovechando la existencia de varios grupos de trabajo con los padres y madres en el C.s.Arrabal, y dado el interes por este tema en ocasiones que se ha tratado, nos parece conveniente dar las pautas apropiedas para solventar este tipo de accidentes muy graves en sus consecuencias y dado que es una de las principales causas de mortalidad infantil en niños pequeños. Este tipo de sucesos suelen ocurrir en presencia de adultos responsables y por tanto la actuacion rápida resulta fundamental para su resolución favorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO QUE EL 75% DE LAS FAMILIAS ADQUIERAN LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran dos sesiones anuales en el C.s arrabal con teoria y practica con maniquies de simulación. Además, puntualmente, una vez al año, se realizará en el Gimnasio Aviva, a petición del gimnasio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador cuantitativo que seria el numero de familias asistentes / numeros recien nacidos en el centro en el año x 100.
El indicador cualitativo sera la encuesta de satisfacción de los asistentes.
Se convocarán reuniones de los componentes del proyecto antes de cada taller y posteriormente con objeto de ir introcuciendo posibles mejoras

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dos sesiones en el segundo trimestre del año y otra en el cuarto trimestre.

Duracion aproximada 2 horas, 1 de teoria y 1 de practica con maniquis.

9. OBSERVACIONES.
Se podria aumentar la formacion con estos talleres ofertandolos en los centros educativos de la zona, bien para niños de determinadas edades o bien para los padres.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias y emergencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CHECA DIEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A las consultas de pediatría, normalmente saturadas, acuden los padres con dudas sobre aspectos de la crianza de sus hijos, en un primer momento la lactancia, cólicos, baños, despertares nocturnos inquietan a los padres, con el tiempo las dudas sobre la alimentación complementaria, vacunas, desarrollo psicomotor pasan a ser las consultas más frecuentes. Estas demandas restan tiempo al profesional para otras consultas que si requieren una consulta personalizada.
La educación a grupos ha demostrado ser eficaz en múltiples estudios para conseguir integrar y mantener hábitos saludables y la promoción de la salud, ya que se contempla a la familia de manera integral dando importancia a los aspectos físicos, psíquicos emocionales, culturales y espirituales.
Los grupos de iguales tienen un valor añadido muy importante al ser los propios integrantes desde su propia experiencia, quienes tienen las soluciones más adecuadas a las dificultades planteadas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que los padres tengan mayor formación y seguridad en la crianza de sus hijos, permitiendoles sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia
(pequeños catarros, accidentes...etc) sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional.
Que las mujeres adquirieran conocimientos que les permitan el desarrollo de las habilidades necesarias para facilitar la consecución de una lactancia exitosa hasta
que madre y bebé quieran,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El procedimiento que vamos a utilizar es la actividad grupal, esta se realizara todos los martes del año, a excepción del periodo estival. Se dividirá en ciclos de 8 semanas con la idea
de que sobre todo las madres trabajadoras tengan la opción de completar un ciclo antes de su incorporación al mundo laboral.
La responsables serán la matrona en los días centrados en la lactancia y la enfermería pediátrica los días centrados en los cuidados del lactante .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de cuidadores que acuden al grupo un mínimo de 4 sesiones frente a la totalidad que inician el ciclo
Encuesta para valorar la adquisición de conocimientos y la satifacción de las usuarias que se pasara al finalizar el ciclo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Noviembre 2016 finalización finales de Junio 2016
Día 1 del ciclo / Técnica de la lactancia materna. Extracción manual y manejo de leche exprimida
Día 2/ Manejo problemas menores en los lactantes. Fiebre, mocos, vomitos....
Día 3/ Prevención y posibles soluciones de problemas relacionados con la lactancia
Día 4/ Desarrollo del sueño en la infancia
Día 5/ Mantenimiento de la lactancia y destete
Día 6/ Alimentación complementaria
Día 7/Sexualidad en está etapa, planificación familiar y cuidados en la salud de la mujer
Día 8 /Accidentes y urgencias en la infancia día 8 del ciclo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lactancia y primeros años de vida
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA TOLOSANA LASHERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO ARNAU INMACULADA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· ALDANA TORNOS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El programa, de índole eminentemente preventiva en el ámbito de la SM infanto-juvenil y de promoción de la salud psíquica a nivel general, coloca el acento en la vertiente educativa de las pautas de crianza y centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias y habilidades en el seno familiar. Es un proyecto que se inicia en el año 2000 justificado por el notable incremento de las demandas planteadas en los servicios de salud mental para niños y adolescentes en torno a los problemas de conducta, fracaso escolar y conflictos de personalidad, observación compartida desde otros ámbitos (Educación, Atención Primaria..), el estudio clínico, las circunstancias familiares, sociales y en general ambientales, muestran una especial relevancia de los factores relacionados con las dinámicas familiares y un estilo educativo particularmente desorientado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos generales:
• Actuar preventivamente hacia los factores de la personalidad que dependen de la educación y poseen incidencia importante sobre la génesis de psicopatología.
• Disminuir la incidencia de trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo atribuible al entorno familiar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología activa y participativa basada en la dinámica grupal con los padres receptores y en un desarrollo teórico asequible para ellos.
1. INTRODUCCIÓN: con una presentación donde introduce el tema que se va a tratar en la sesión.
2. LA LÍNEA DEL TIEMPO: actividad que sirve para comprobar las habilidades infantiles correspondientes a cada tema, ordenadas según las edades.
3. SECUENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA: ejemplos de pautas educativas en la vida cotidiana, mediante el uso de vídeos, para mostrar diversos ejemplos de interacciones padres/ madres-hijos/hijas y reflexionar sobre los mismos.
4. FANTASÍA GUIADA. Consiste en pedir a los participantes que se imaginen una situación determinada, que va siendo descrita por la persona dinamizadora de la manera más realista posible
5. JUEGO DE ROLES. Consiste en representar una situación imaginaria, que se pueda transferir a la vida real, en la que las personas expresen sus propias emociones y reacciones ante una situación determinada, con el objeto de dar y obtener información para adquirir una mejor comprensión e interés sobre un tema
6. TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS. Se divide al grupo en parejas o pequeños subgrupos, cada uno de los cuales trabaja un tema con objeto de llegar a conclusiones parciales. Más tarde, de los resultados de los subgrupos se extrae la conclusión general
LA DIFUSIÓN SE REALIZA MEDIANTE:
Reunión de presentación a los profesionales del equipo
Desde las consultas de pediatría del sector. Con dípticos que incluye el calendario de actividades.
Carteles informativos en los Centros de Salud
Información mediante las AMPAS de colegios de la zona
Difusión de calendarios y contenidos de las charlas en el blog "osinteresa.com", mandando recordatorios personalizados a todos los suscritos al mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizan dos tipos de evaluación: sobre continuidad de asistencia y aprobechamiento.
1ª Numero de padres que que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
2º Valorar los conocimientos adquiridos y el grado de aprovechamiento por parte de los cuidadores.
3º Encuesta de satisfacción de la actividad.
Utilizaremos hojas de asistencia y encuestas on-line

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se desarrolla en 2 ciclos anuales de 5 sesiones, cada ciclo, con una sesion mensual. Inicio septiembre de 2017, finalización Junio de 2018
FECHAS DE 1er CICLO: 28-sep;19-oct;9-nov;30;nov;14-dic
Fechas de segundo ciclo por concretar.

CONTENIDOS
1º día
Desarrollo evolutivo de 9 a 36 meses
Problemas y objetivos educativos
2º día
Los problemas del sueño

Proyecto: 2016_1309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

3º día
Los problemas de la alimentación
4º día
Celos, miedos y rabietas
5º día
Retirada de pañal, chupete y bieberon.
Televisión, ordenadores..

9. OBSERVACIONES.
Lecciones aprendidas:
La mayor dificultad encontrada en los últimos años ha sido la difusión del proyecto y que la información de este recurso llegue a los padres.
Es por esto, que este año haremos especial incapié en este aspecto, utilizando la capacidad de la difusión de las redes sociales on line

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

2. RESPONSABLE ..... ALBA GALLEGO ROYO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACORT BELTRAN EVA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· AREVALO DE MIGUEL ELISA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· CAMBRA SOLANS AINHOA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· AGUDO ABAD JARA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ GARCIA MARTA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· JUAN GERMAN MARIA LUISA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestra sociedad, y concretamente en el barrio del Arrabal, existe un perfil de mujeres de edades comprendidas entre los 40-70 años, que han dedicado toda su vida al cuidado de su familia e hijos, con escasa red social y nula profesional. Esta situación supone un riesgo de aislamiento y patología mental.

Estas mujeres llegan a las etapas finales del ciclo vital (según Huerta, Dispersión y final, y según Geyman; Dispersión, independencia, retiro) sin un ambiente en el que desarrollarse personalmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dentro de las actividades comunitarias del C.S. Arrabal, se lleva a cabo un grupo de empoderamiento de mujeres cuyos objetivos son mejorar su autonomía y fortalecer su red social. Se desarrolla un día a la semana durante el curso lectivo (Septiembre-Junio), impartiéndose distintos talleres como: risoterapia, relajación, musicoterapia, mindfullness, etc.
La finalidad del presente proyecto es la evaluación de una actividad comunitaria de varios años de evolución.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tras varios años de desarrollo de esta actividad en el C.S., se decidio realizar un proyecto de mejora de la calidad con busqueda bibliográfica de la literatura al respecto. Se solicitaron los permiso necesarios para realizar la investigación durante el curso 2015- 2016.
Al inicio del curso 2016-2017, se organizaron varios grupos focales con las participantes en el grupo de empoderamiento de mujeres en (Septiembre-Octubre).

Se realizará un analisis cualitativo de estos grupos focales de manera conjunta con todo el grupo de elaboración en diversas reuniones. Posteriormente se presentará a las participantes del grupo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Edad

- Sexo

- Nivel cultural (estudios)

- Nivel económico

- Mejoría del estado anímico.

- Mejoría de sus relaciones sociales y familiares.

- Mejoría de la autoestima.

- Mayor implicación respecto a su estado de salud

- Expectativas

- Barreras

- Propuestas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Curso 2015-2016: Llos investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica. Se envió la documentación necesaria al Comité de Ética y posteriormente se solicitaron los permisos necesarios a la Gerencia del sector sanitario correspondiente del SALUD, y se pondrá en conocimiento de las Direcciones y Subdirecciones de Atención Primaria.

-Teniendo en cuenta el inicio de curso 2016-2017, realizaremos los diferentes grupos focales coincidiendo con las primeras sesiones presenciales en este primer mes de curso.

Proyecto: 2016_1398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

Diciembre 2016 - Febrero 2017: Se realizará la transcripción de los distintos grupos focales.

Marzo 2017- Junio 2017: Analisis de los resultados.

Julio 2017 - Octubre 2017: Elaboración del informe.

Noviembre - diciembre 2017: Exposición de los resultados y las conclusiones.

9. OBSERVACIONES.
Este es un proyecto de mejora de la calidad, que con la nueva agenda de actividades comunitarias, se decide introducir como elemento de evaluación necesario para crear bibliografia al respecto de la mejora de la salud que suponen las actividades comunitarias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CREACION DE ACTIVOS EN SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1079 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD EN EL CEIP CANDIDO DOMINGO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PABLOS MUR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ RIVERA ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERIA
· LASALA CONTE IBANA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MAZA RODRIGUEZ CARMEN. MEDICO/A. CS VALTIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· DE LA NAVA GONZALEZ PILAR. INFORMATICO/A. TOTALSPORT. INFORMATICA
· FERNANDEZ PASTOR ALEJANDRO. PERSONAL DE MANTENIMIENTO. AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA. CENTROS CIVICOS Y MAYORES
· MAGALLON BOTAYA ROSA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde 2006 el C.S Arrabal dentro de la atención comunitaria,inicia un proyecto de colaboración con el CEIP Cándido Domingo adscrito a la zona basica de salud. El comienzo fue a raíz de una demanda de la comunidad escolar de dicho centro en relación con la prevención de accidentes y los primeros auxilios para familias y
alumnos. Desde 2006 el proyecto se ha ido ampliando tanto en la
temática como aumentado la participación de la comunidad educativa, siendo ésta en el momento actual quien lidera la actividad a través de la Comisión de Salud del AMPA del centro. En este periodo el centro ha sido reconocido como Escuela
promotora de Salud por el Gobierno de Aragón y es el único centro de educación pública aragonés que tiene el sello de Vida Saludable del Ministerio. En el centro se ha consolidado un proyecto de centro de promoción de salud en el que el Centro de Salud Arrabal colabora activamente siendo el promotor de que esta colaboración se haya ampliado a la Unidad Docente Multiprofesional para Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria del Sector Zaragoza I. Los residentes de dicha Unidad participan en las actividades como parte de su formación en salud comunitaria. El proyecto de Promoción de Salud contempla la salud como la capacidad para disfrutar de la vida según edad, sexo y condición socio-cultural con una perspectiva orientada hacia la equidad y el abordaje de los determinantes de la salud y a la creación de agentes de salud de todos los miembros de la comunidad educativa. El proyecto aborda diferentes aspectos de promoción de salud: higiene dental y corporal, alimentación, actividad física, uso adecuado de resursos sanitarios, primeros auxilios, salud emocional. Todos estos aspectos trabajados desde edades tempranas fomentan la adquisición natural de buenos hábitos en salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivogeneral:
-Accesibilidad de una formación básica en habitos saludables de una Comunidad escolar perteneciente a un barrio con mucha pluraridad socio-cultural.
Objetivos específicos:
-Mejora de la participación de docentes, familias, alumnos y alumnas en el mismo
-Mejora de las habilidades de los alumnos y alumnas, abordada en cada actividad del proyecto para mejorar su salud y ser agentes de salud fomentado el desarrollo de activos en salud y el empoderamiento individual y colectivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran actividades educativas de promoción de salud a través de talleres participativos y basadas en empoderamiento y en la metodología de activos en salud y educación para la salud. Ademas se trasmitirá a las familias lo trabajado en las aulas mediante un diptico informativo y a través de las nuevas tecnologías (blogs, grupos de correo)
Actividades.
*1ºE.I ¿ Con que trabajamos los medicos y las enfermeras? (Carmen Maza y
Elena López)
*2ºE.I "Nos lavamos los dientes ".Salud bucodental" (Cristina Pablos y
Elena López)
*3ºE.I "¿De dónde vienen los niños y niñas?" (Ibana Lasala y Alejandro
Fernandez)
*3 E. I: Cuenta cuentos del Dr Guau: Visita virtual al Centro de Salud
Arrabal (Belén Benedé y Rosa Magallón)
*1ºE.P "De paseo por en C.Salud y el Hospital" (Ibana Lasala y Cristina
Pablos)
*2ºE.P "Taller de manejo de las emociones" inteligencia emocional.(Elena
López y Pilar de la Nava). Otra actividad: "De paseo por el CS ARRABAL" (Cristina Pablos y resto de componentes del equipo)
*3ºE.P " Introducción en el programa dientes sanos en casa y en el
cole". Odontologo externo al centro.
*4ºE.P "Manejo de las emociones"(Ibana Lasala y Cristina Pablos)
*5ºE.P "Curso primeros auxilios" (Unidad Docente Medicina Familiar y
Comunitaria, Carmen Maza y Belén Benedé y resto de miembros de mejora)
*6ºE.P "Salud Sexual". (Asociación Amaltea y Carmen Maza)

Proyecto: 2016_1079 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD EN EL CEIP CANDIDO DOMINGO

Desayunos saludables durante la semana cultural en Primaria y en el mes
de mayo para Infantil. Colaboración de todos los integrantes del proyecto de mejora, asi como los residentes de Medicina de Familia y de Enfermería de la Unidad Docente del Sector I

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
*Nivel de participación según el modelo de la escala de Arnstein utilizada para valorar la participación en actividades comunitarias de promoción de salud utilizada en proyectos de promoción de salud para valorar la participación de todos los implicados en todo el proceso del proyecto, desde la selección de los problemas de salud, priorización de las acciones, hasta la evaluación de las acciones.
*Encuestas de satisfacción con las familias.
*Encuestas de adquisición de conocimientos a los partipantes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se inicia y termina con el curso escolar 2016- 2017.
Actividades que se realizarán a partir de noviembre, según se programe en la primera reunión de coordinación con el Equipo directivo del Centro, la Comisión de Salud del AMPA y el Centro de Salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROMOCIÓN DE LA SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA JUAN GERMAN
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ ABOS EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· MOLINA LORENTE TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· ABRAMO GRACIA CORAL. TCAE. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· LATAPIA VILLARTE MARIA CARMEN. CELADOR/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO ROYO ALBA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· NOVELLA ABRIL MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La frecuentación de nuestros pacientes en consulta con dificultad en definir los síntomas, hablar de nuestras emociones, sentimientos, el alto consumo de psicofármacos, los problemas familiares, laborales, los problemas en cómo nos vinculamos afectivamente y la falta de información de las habilidades que tenemos para resolver nuestros problemas en la vida, hace que se geste este programa en el centro de salud; como una forma de conocer, distinguir nuestras emociones y mejorar la comunicación con nuestro entorno más próximo, familia, barrio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
AMPLIAR EL CONCEPTO, IDENTIFICAR, INTERPRETAR Y MANEJAR LAS EMOCIONES BÁSICAS, ASÍ COMO PROPORCIONAR HERRAMIENTAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA, CON EL OBJETO DE MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON NUESTRO ENTORNO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-LA CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES SE REALIZARAN EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA, ENFERMERÍA, ASÍ COMO DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DEL AYUNTAMIENTO.
-TALLER DE EMOCIONES BÁSICAS: MIEDO, DOLOR, ALEGRIA, AMOR, TRISTEZA.
-TALLER DE RELAJACIÓN PNL Y HOPONOPONO
-TALLER DE HABILIDADES: EMPATÍA, AUTOCONOCIMIENTO, ASERTIVIDAD, TOMA DE DECISIONES, RELACIONES INTERPERSONALES, SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS, PENSAMIENTO CREATIVO Y CRÍTICO, MANEJO DE LAS TENSIONES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes captados en las consultas.
Número de sesiones que han acudido a los talleres.
Grado de satistafcción.
Frecuentación en consultas.
Disminución de la toma de psicofármacos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de los talleres en el mes de octubre hasta junio del año siguiente, ambos meses incluídos.
Las reuniones se realizaran en talleres semanales, un día por semana los miércoles, en horario de 10 a 13horas.
Inicio de la actividad el primer miércoles de octubre del año 2017, hasta el último miércoles de junio del 2018.
La capatación de los paciente se realizará en las consultas médicas y de enfermería, asi como por la auxiliar, celadora y personal del servicio de admisión.

9. OBSERVACIONES.
Durante el curso se propondrá hacer una de las actividades en espacio abierto, en un parque.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROBLEMAS EMOCIONALES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

Proyecto: 2016_1537 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIAL EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

2. RESPONSABLE ..... LUIS CASILLAS FERRANDIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAZ SAZ MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERNANDEZ SAINZ-AJA BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANDRES LOSMOZOS ASUNCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION
· HOSTALED FERNANDO VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION
· MOSTEO MELUS MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION
· FRANCISCO HERRERO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHO SERRANO LAURA. CELADOR/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA existencia de este nuevo acto en las agendas de los profesionales sanitarios del EAP ha propiciado que se tenga que establecer unos criterios y actuaciones para incorporarlos dentro de las agendas sanitarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Es necesario un procedimiento en el que quede reflejado como mínimo:
1,- Cuantos huecos son necesarios por profesional y estamento sanitario.
2,- Nos indique que anotamos como demanda no presencial. 3,- Registro documentación que entregamos al usuario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1,- Se estable como mínimo 4 huecos de demanda no presencial para personal facultativo y 10 % de las agendas para el resto de personal sanitario.
Estos son los mínimos establecidos, pudiendo incrementarse el número de huecos sin repercutir en el resto de actos de la agenda.

2,- que actuaciones anotamos como demanda no presencial
A PETICIÓN PACIENTES: En la actualidad los motivos por los que el usuario puede pedir una cita no presencial es por:
RECETA ELECTRONICA : Renovación de medicación crónica . No esta contemplado este acto para actualizaciones que requieran la prescripción de nuevos medicamentos o la modificación de su posología
Procedimiento:
Personal de Admisión:
? Recoge la demanda del paciente diferenciando la inclusión o no en el procedimiento.
? Dar cita anotando en observaciones el problema que tiene con la RE (renovación o algún problema)
? Informar que puede venir a recoger la hoja de medicación al día siguiente en el servicio de admisión.
? Se le recalca al paciente que puede recoger la medicación sin necesidad de presentar la hoja, sólo con presentar la Tarjeta Sanitaria.
Personal Sanitario:
? EN EL DIA se ha de comprometer a realizar las modificaciones oportunas en la RE.
? DEJARA EN EL DIA en el servicio de admisión las hojas de medicación.
? En el caso de los partes de confirmación o de alta programada el facultativo será el responsable de dar cita para el día fijado y de dejar el parte en el servicio de admisión.

SOLICITUD DE INFORME O COPIA DE HISTORIA CLINICA
El usuario puede solicitarlo con el formulario establecido al respecto, siendo responsable de su tramitación al profesional y posteriormente al usuario el administrativo referente de dicho sanitario.

A PETICIÓN DE OTROS ORGANISMOS DE LA ADMINISTRACION
Toda petición que requiera una actuación del sanitario en historia clínica se anotará como demanda no presencial el día siguiente de su recepción, indicando que documentación es la que se ha recibido (ej. propuestas alta inspección médica, solicitud información del juzgado etc) con independencia del día que lo gestione el sanitario.

A PETICIÓN DEL SANITARIO
Partes de confirmación y alta que estén programados por el facultativo con el servicio de admisión .
El facultativo hará llegar al servicio de admisión el número de partes que puede entregar al usuario en admisión y la fecha que tiene que ser anotado para revisión en consulta. Sin esta programación,que tiene que estar reflejada en agenda, el servicio de admisión no entregará ningún parte.
Resultados de pruebas, interconsultas etc, que en anteriores visitas establecieran sanitario y paciente como demanda no presencial y posterior recogida de documentación en admisión.

3,- REGISTRO DOCUMENTACIÓN.

Proyecto: 2016_1537 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIAL EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

El servicio de admisión registrará en agenda OMI_OTROS_ENTREGA DOCUMENTACIÓN toda la documentación que se entregue generada en un acto de demanda no presencia se tiene que registrar como entregada anotando en observaciones que documentación se entrega.
DOCUMENTACIÓN PROPIA QUE NECESITA EL SERVICIO DE ADMISIÓN PARA ENTREGAR UN DOCUMENTO SANITARIO:
Si es el mismo paciente el que acude a recoger la documentación : cualquier documento que le identifique o bien la anterior hoja de RE.
SI es otra persona la que recoge la documentación: con autorización o documentación del interesado o con la documentación de la persona que lo recoge pero rellenando un formulario como que recoge dicha documentación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Están generados los huecos en las agendas sanitarias?
Supervisar una semana en las agendas de los profesionales que los actos generados como demanda no presencial se adecuan a lo establecido en el proyecto.
Que esté registrada la documentación que entregamos.

- Encuesta a sanitarios y administrativos para valorar el proyecto y las posibilidades de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
proyecto que se evaluará a principios de diciembre con el objeto de subsanar posibles desviaciones o deficiencias .
Proyecto que se incorporará como procedimiento administrativo al funcionamiento normal del Centro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0048 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

2. RESPONSABLE ..... ALBA SORIANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA PELIGERO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· MURILLO AZNAREZ TERESA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Problema:
La alimentación es un aspecto decisivo en el control de la DMII y sus patologías asociadas, englobadas en el síndrome metabólico (HTA, dislipemia, obesidad). La compra y el cocinado son dos de las claves de una alimentación saludable. El desconocimiento de estrategias y técnicas de cocina saludable por parte de los pacientes hace necesario el desarrollo de intervenciones sanitarias de educación para la salud (EpS) para aumentar el conocimiento y a su vez el manejo de la enfermedad.

Importancia:
Según el estudio nacional Di@bet.es, en 2016 la prevalencia de las HTA en España en la población diabética asciende al 79,4%, frente al 42,6% en personas no diabéticas.
Las patologías que engloba el Síndrome Metabólico dependen en gran medida de factores de riesgo modificables, siendo uno principal la alimentación. El manejo nutricional contribuye notablemente a la mejoría, entre otros, de los niveles de glucosa y los valores de tensión arterial.
Las modificaciones de la conducta alimentaria se realizan a través de un proceso en el que interactúan aspectos de automanejo de la enfermedad y la instrumentación de estrategias de alimentación. Este proceso implica una actividad reflexiva relacionada con motivación para el cambio.

Utilidad:
El objetivo de la actuación es aumentar el conocimiento de técnicas y productos de cocina saludables y beneficiosos para la diabetes y sus patologías asociadas.

Métodos de detección y priorización:
En la consulta de Enfermería frecuentemente encontramos pacientes diabéticos que desconocen productos y técnicas de cocina que beneficiarían el curso de su enfermedad, así como falsos mitos sobre diversos alimentos y técnicas. Nuestra intervención forma parte de un proyecto de educación para diabéticos. Esta sesión se centra exclusivamente en que los pacientes conozcan estrategias de alimentación y productos beneficiosos que les permitan mejorar el manejo de su enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Determinar el nivel de conocimientos de los pacientes en relación con las técnicas de cocina y productos que favorezcan el proceso de su enfermedad.
- Proporcionar a los pacientes los conocimientos necesarios para llevar una alimentación saludable que aporte beneficios al desarrollo de su enfermedad.
- Aumentar el empoderamiento en el control de su enfermedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una intervención educativa de tipo teórico sobre cocina saludable a un grupo de pacientes diabéticos. En ella se llevará a cabo la presentación de productos beneficiosos que existen en el mercado y técnicas de cocina saludable.

Previamente a la sesión educativa, los pacientes realizarán un cuestionario que nos permitrá conocer, por un lado, el nivel de conocimientos y hallar las lagunas más importantes y, en segundo lugar, determinar la percepción de autocontrol de la enfermedad.

Con posterioridad, al cabo de 2 meses, los pacientes rellenarán otro cuestionario para determinar si la sesión fue eficaz y aumentó sus conocimientos, así como la percepción de estos sobre el control de su enfermedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores de conocimiento, mediante cuestionario (nivel de conocimiento pre y post intervención).
- Indicadores de percepción de autocontrol de la enfermedad, mediante cuestionario (pre y post intervención).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma de la sesión (1h30m):
20 minutos: brainstorming
40 minutos: desarrollo teórico
30 minutos: degustación y puesta en común

Calendario previsto:

Proyecto: 2016_0048 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Primer cuestionario (pre intervención): septiembre
Sesión: septiembre
Segundo cuestionario (post intervención): en consulta, tras 2 meses post intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GRACIA PELIGERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SORIANO MARTINEZ ALBA. EIR 1º. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· MURILLO AZNAREZ TERESA. EIR 1º. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Problema:
La diabetes mellitus es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a su creciente prevalencia, las consecuencias en la vida de las personas que la padecen y su elevado coste. De ahí la importancia de realizar una educación diabetológica eficaz que proporcione el estímulo necesario para que los pacientes realicen los cambios oportunos en el estilo de vida.
Para ello, se plantea una propuesta de mejora que tiene como objetivo principal el planificar un programa de educación grupal estructurado para pacientes del centro de salud de La Jota, con diabéticos mellitus tipo II.
La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético. Las personas con diabetes tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo actuar.
Se entiende por educación estructurada para pacientes aquella que se proporciona mediante un programa planificado y progresivo, que es coherente en los objetivos, flexible en el contenido, que cubre las necesidades clínicas individuales y psicológicas y que es adaptable al nivel y contexto culturales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- El objetivo general de la intervención es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolos para asumir el control de la enfermedad y favorecer su autonomía.
- Aumentar el control de los factores de riesgo asociados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán varias intervenciónes educativas a pacientes diabéticos tipo II, teniendo en cuenta los conocimientos previos, actitud y motivación de los mismos.
El número de participantes será de 8 a 10 personas, pudiendo participar también familiares y cuidadores.
El tiempo estimado de la sesión será de dos horas, en días consecutivos.
Previamente a las sesiones, los pacientes realizarán un cuestionario para determinar su nivel de conocimientos en la materia que se va a tratar. Posteriormente, se volverán a evaluar los conocimientos en consulta individualizada de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Previamente a la intervención y con posterioridad se recogerán los siguientes parámetros:
1. Frecuencia de hipoglucemias presentadas
2. Valoración de hemoglobina glicada
3. Cifras de tensión arterial y peso
4. Estratificación de pie de riesgo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Primera fase:enero 2015
Conformar grupo de trabajo con profesionales de enfermería.
-Segunda fase:año 2016
Realización de la intervención educativa (primera intervención)
-Tercera fase:noviembre-diciembre 2016
Evaluación de eficacia de la intervención en consulta programada de enfermería.
-Cuarta fase:febrero 2017
Realización de intervención educativa(segunda intervención)
-Quinta fase:abril-mayo 2017
Evaluación de eficacia de la intervención
-Sexta fase: septiembre-octubre 2017
Valorar posible difusión de la intervención educativa en centros civicos adscritos al centro de salud la jota.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

2. RESPONSABLE ..... TERESA MURILLO AZNAREZ
· Profesión ..... EIR
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIANO MARTINEZ ALBA. EIR. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La transición de la madurez a la senectud en la mujer es el período del climaterio. En dicho periodo se producen diversos cambios, los cuales son desconocidos en general por la población, según se concluyó en el estudio “Experiencias y necesidades de la mujer durante el climaterio”. Estos cambios generan diferentes síntomas, que en el 50% de las mujeres en esta etapa les genera deterioro en su calidad de vida, según el doctor Rafael Sanchez Borrego miembro de la junta directiva de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; Para ello se consideró necesario el abordaje a mujeres en periodo climatérico mediante una sesión de educación para la salud con la que pretendemos que adquieran conocimientos sobre:
- ¿Qué es el climaterio y la menopausia?
- Cuáles son los cambios que pueden sufrir y los síntomas que pueden padecer
- Cuidados que deben tener en cuenta: dieta y ejercicio
- Terapia hormonal sustitutoria (TRH)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer:
Que es el periodo del climaterio.
Cambios fisiológicos propios de este periodo
Estilos de vida saludable propios del climaterio
Estrategias para prevenir posibles patologías relacionadas con el climaterio y menopausia.
- Diferenciar entre climaterio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se impartirá una charla de una hora de duración a grupos de 10 mujeres con edades comprendidas entre 45-55 años. Dicha charla se repetirá hasta un total de tres sesiones.
La captación se realizará a aquellas mujeres que acudan a la consulta de enfermería, que se encuentren en la edad acotada, se les preguntará si tienen interés en recibir información sobre esta etapa de la vida; en caso afirmativo se les incluirá en el grupo.
La sesión va a estar dividida en 5 fases:
1. Presentación: Los ponentes se presentarán, y presentarán el tema a tratar y los objetivos que se pretenden conseguir.
2. Se les pasará un cuestionario Pre-sesión donde se evaluarán los conocimientos previos.
3. Inicio de la sesión:
3a) ¿Qué es el climaterio?. ¿Qué es la menopausia?
3b) Síntomas que pueden sufrir durante el climaterio.
3c) THS y anticoncepción
3d) Estilo de vida saludable: dieta y ejercicio en el climaterio
4. Test post-charla: se les pasará el mismo cuestionario que en el inicio de la sesión . Se comparará las respuestas pre-post para saber si han obtenido nuevos conocimientos.
5. Por último se pasará un test de evaluación a los asistentes donde se evaluará al ponente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. %de mujeres que conocen la etapa del climaterio: Qué es y cómo afecta a su organismo y a su vida/total de mujeres que participan.
2. % de mujeres que realizan dieta saludable/ total de mujeres que participan.
% de mujeres que realizan ejercicio/ total de mujeres que participan.
Para la evaluación se compararán los test pre-post, donde las participantes deberán obtener al menos un 25% más de respuestas correctas en el post con respecto al pre.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre, octubre, noviembre se captarán en consulta de enfermería a las mujeres participantes. En estos mismos meses se realizará la revisión bibliográfica y preparación del la sesión. Enero se realizarán las tres sesiones propuestas. Febrero se evaluará la eficacia de la intervención en la población.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2016_0180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLERENCIA CASORRAN CARLOS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ DEL PULGAR ESCUDERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· DE LA PARRE JARQUE CELINA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ ANDUJAR CRISTINA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SENDER MARTIN DANIEL. MIR. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· LOU BURRIEL JOSE. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PEREZ LOURDES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La evaluación de los resultados de cartera servicios en el centro de salud de la Jota no se corresponde con el trabajo realmente realizado en las consultas del centro.
Se ha detectado que la no correspondencia entre actividad realizada y los resultados evaluados de la misma, es debida a un inadecuado registro de dichas actividades (registro en texto libre, registro en observaciones…).
El centro dispone OMI como sistema de registro de dichas actividades, pero se ha detectado un infraconocimiento de dicho programa, lo que lleva a un inadecuado registro, y por ello a unos resultados en cartera de servicios no acordes con la actividad realmente realizada. Por ello tratamos de mejorar la utilización OMI y con ello obtener un mejor registro así como obtener historias clínicas de calidad, que redundarán en mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de las historias clínicas en OMI a través de las siguientes actividades:
- Disminuir el número de episodios agudos abiertos.
- Registro adecuado de las alergias.
- Facilitar la introducción de datos en el registro.
- Mejorar la monitorización actual del acuerdo de gestión.
- Revisión de planes personales y cartera de servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Análisis de situación.
- Selección de grupo de trabajo.
- Seguimiento de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Sesiones dirigidas a resolver los problemas en el manejo de OMI-AP por cada estamento del EAP y del EAP en conjunto.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Monitorización del proceso.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de episodios agudos abiertos.
-% de historias en los que consta registro de alergias.
-Variación en datos de registro de Acuerdos de Gestión Clínica de los temas tratados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión del EAP con demandas específicas de dificultades de manejo y registro de OMI. (Septiembre 2016).
- Selección de demandas más urgentes y necesarias de los datos seleccionados y estratificación según necesidad. (Septiembre 2016).
- Trabajo en sesiones, realización de al menos una sesión al mes sobre la mejora de registro en OMI en el periodo comprendido entre octubre de 2016 y mayo de 2017.
- Los responsables del equipo además, estarán disponibles al resto del equipo para que aún fuera de los horarios y días de las sesiones resuelvan las dudas que puedan surgir en relación al registro en OMI.
-Revisión de datos de cartera de servicios buscando nichos de actuación.

9. OBSERVACIONES.
Consideramos que un adecuado registro en OMI conllevará unas historias clínicas de calidad, que sin lugar a dudas redundará en una mejoría en la calidad de la atención a los pacientes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología crónica y uso de sistemas informáticos

Proyecto: 2016_0549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

2. RESPONSABLE ..... LUIS CASILLAS FERRANDIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCISCO HERRERO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· MOSTEO MELUS MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Al servicio de admisión acuden gran cantidad de usuarios, muchos de ellos únicamente para solicitar cita o información, pero también hay un número importante de usuarios que acuden para resolver gestiones sanitarias,que bien por la dificultad del sistema o bien por otras circunstancias, como la edad o estado de salud, necesitan de la ayuda de profesionales de admisión del centro de salud.
Desde este equipo de admisión vemos necesario mejorar nuestra organización en la atención al usuario:

personalizar nuestra atención: a pesar de ser un centro grande y con un volumen importante de actividad, creemos que podemos dar una atención más personalizada, asignado administrativas a los usuarios de los diferentes cupos sanitarias y unidades de apoyo.

Conocimiento por parte del equipo: dar a conocer nuestra organización a los sanitarios del Centro, ya que los sanitarios tendrán que saber el administrativo asignado, las gestiones que pueden derivar al servicio de admisión y los usuarios susceptibles de una atención aún más individualizada.

Para resolver las gestiones que nos demanden usuarios o sanitarios creamos base de datos en la que figure funcionamiento de los diferentes servicios del centro, gestiones a resolver,funcionamiento de otras unidades del salud etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Personalizar la atención al usuario
Modificar organización servicio de admisión
Difundir dentro del Equipo nueva organziación del equipo de admisión.
Asegurar todas las gestiones administrativas dentro del equipo de admisión.
Crear sistema de información del servicio de admisión

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asignar un administrativo a cada tres cupos sanitarios (médico/enfermera) de medicina general. (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
Asignar un administrativo al servicio de pediatría del Centro.(un administrativo suplente en caso ausencia titular)
Asignar un administrativo a las unidades de apoyo del Centro (odontologia, fisioterapeutas, matronas y trabajadora social) (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
COORDINA Y CUBRE TODAS LAS POSIBLES AUSENCIAS . Jefe Grupo Admisión

Gestión planteados por usuarios y/o sanitarios en mostrador del Centro:

Si es posible resolver en el propio mostrador por el administrativo que se encuentre en ese momento realizando esa rotación.
Si no es posible (por dificultad gestiones o tiempo que requiera esa gestión)
se deja en casillero administrativo asignado con pequeña indicación gestión a realizar y teléfono contacto con usuario.

Gestión planteado por sanitario del Centro sin estar el usuario en el Centro:
- se pone en contacto con administrativo asignado para resolución problema.

Crear base datos con información para poder resolver las demandas de los usuarios (información funcionamiento del centro, prestaciones, salud informa, otros servicios etc).

Atención con un grado mayor de personalización (por enfermedad grave, deterioro importante o situación especial usuario)
- Es el sanitario el que tiene que definir que usarios estarían en este tipo de atención, indicando al administrativo como tiene que intervenir en cada situación, siendo el usuario conocedor de cual es al administrativo que se tiene que dirigir. Al ser el sanitario el responsable de este apartado, y no el equipo de admisión, no evaluaremos dicho apartado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
encuesta junio 2017
1.- encuesta entre personal sanitario
- conocen sus administrativos de referencia. (si-no)

Proyecto: 2016_0705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

- les es útil tener un administrativo de referencia (1-10)
- confía en él para resolver problemas de usuarios (1-10)
- mejora la gestión de tramites administrativos con los usuarios con este sistema (1-10)

2.- encuesta entre personal administrativo

- conoces tus sanitarios de referencia (si-no)
- mejora la gestión administrativa con usuarios y sanitarios con este sistema (1-10)
- la comunicación entre administrativos por tareas pendientes es correcta (1-10)
- es útil base de datos (1-10)
- aspectos que mejorarias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
comienzo: octubre 2016 con la incorporación de nuevos profesionales en servicio de admisión .
Todo el sistema entre en funcionamiento a la vez y no se espera finalización.
Tras encuesta en junio 2017 el servicio de admisión valorará cambios en el sistema.

9. OBSERVACIONES.
En cuanto a la clasificación del proyecto observamos que se priorizán proyectos dirigidos a temas asistenciales. Entendemos que,algún día,también tendría que estar entre las preferencias una buena atención al usuarios desde los servicios de admisión,

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. toda la población que necesite ayuda para acceder al sistema
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0888 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajacion muscular y mejorar su estado animico y de bienestar

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cualquier patologia que provoque ansiedad stress e influya en su bienestar
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1525 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE ZONA

2. RESPONSABLE ..... LAURA JERICO CLAVERIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO PARDO CONSUELO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Consejo de Salud de Zona es el órgano más cercano de participación de la población en temas de salud. En él participan tanto profesionales del Centro de Salud como representantes de distintas entidades ubicadas en la zona geográfica que abarca la cobertura del Centro de Salud.
Es una oportunidad excepcional para trabajar conjuntamente profesionales del Centro de Salud y los distintos miembros representantes de la comunidad. Se pueden tratar temas de educación y promoción de la salud partiendo de necesidades sentidas y demandadas por la población a través de sus representantes.
Este proyecto da forma conjunta y plasma las distintas actividades que se han venido desarrollando desde el Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de "Avda. Cataluña (La Jota)" o con su colaboración, y que nacieron con la idea de continuidad.
Actividades pensadas, organizadas y llevadas a cabo profesionales y población conjuntamente, a través de sus representantes, y orientadas hacia los miembros de la comunidad en la que todos estamos ubicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
. Aumentar la participación de la población en la mejora de su propia salud.
. Contribuir a informar y formarnos tanto la población como los profesionales en temas relacionados con la salud
. Posibilitar la creación de redes y trabajo colaborativo.
. Aprender conjuntamente
. Plasmar y dar visibilidad institucional a las actividades llevadas a cabo para toda la población de la Zona e Salud de referencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Cursos de formación de RCP Básica a grupos de población de la ZBS a través de personal, médico y de enfermería del Centro de Salud.

2- Jornadas de Cine y Salud con posterior debate

3- Encuentros con Asociaciones de Salud y Ayuda Mutua

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a- Indicadores Cuantitativos: número de sesiones, jornadas y Encuentros. Número de entidades implicadas. Número de asistentes.

b- Indicadores Cualitativos: Grado de conocimiento-formación adquirida; grado de satisfacción; recomendación/repetición o no; elaboración de encuesta según proceda.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevee realizar una media de 2 programaciones por cada actividad al año.
Se empezará en el mes de Septiembre/Octubre y terminará en mayo
La calendarización exacta dependerá de la disponibilidad de sitio en el centro del barrio adecuado y de los integrantes de la realización de la actividad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE POSIBLES SITUACION DE ACOSO ESCOLAR

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO PARDO CONSUELO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). TRABAJO SOCIAL
· LOZANO PUENTE PATRICIA. PEDIATRA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BIENDICHO LOPEZ JEANNETE RUTH. PEDIATRA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PONCE SALCEDA DOMINGO VICTOR. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ABAD BAQUER CELIA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con los cambios sociales surgen nuevas problemáticas o clasificaciones y definiciones diferentes de problemáticas ya existentes.Con ello el profesional sanitario y sociosanitario debe poner al dia sus conocimientos y contemplar en su valoración y respuesta aquello que ayude al paciente.
El bullying, o acoso escolar, es un problema que, aun habiendo existido siempre, no se le ha dado la importancia y tratamiento que requiere. Es padiecido muchas veces en silencio por un alto porcentajee de niños y adolescentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General: colaborar en que ningún niño o adolescente de nuestra zona que sufra acoso escolar quede sin la debida respuesta

Específicos:
. Aumentar la formación del Equipo de APrimaria en esta problemática
- Captar a todos los niños y adolescentes que acudan a consulta y que esten sufriendo este problema
- Descartar este problema ante posible duda
-Coordinación interinstitucional en el abordaje

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Puesta al dia de esta problemática: charlas, análisis documental
. Añadir a la revisión del niño una pregunta/s que puedan destapar el probelma
.Elaboración de protocolo de intervención teniendo en cuenta tanto la intervención con el menor, la familia y con el contexto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Valorar el conocimiento adquirido por el equipo
- Número de niños captados con esta problemática que haya sido manifestada diretamente por el niño o la familia
- Número de niños captados que lo han sido tras preguntas específicas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ª fase: Formación de grupo de trabajo: Finales de octubre
2ª fase: Elaboración de protocolo: Enero 2017
3ª Fase: Implantaicón
4ª : análisis de resultados y modificación, ampliación, etc. de lo que proceda.: finales del 2017
En cualquier momento de su instauración odel proceso podrá ser reevaluado y en su caso corregido o modificado

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Salud Mental

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sintomas y signos de acoso escolar
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA SALUD BUCODENTAL EN EL BEBE

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUZ LOPEZ MORENO
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALILLAS GRACIA MIGUEL. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ODONTOESTOMATOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Planteamos este Proyecto de Calidad dada la incidencia de caries en dentición decidua, en niños de 6 a 13 años detectadas en las revisiones que efectuamos en consulta de Odontología del Centro de Salud La Jota. Creemos que esta incidencia puede ser debida, entre otras circunstancias, a la falta de información sobre la importancia de una buena salud bucodental en el rango de edad de 0 a 6 años

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General: contribuir a una buena salud oral desde la infancia
Específicos: Mejorar la higiene oral
Informar sobre una nutrición equilibrada
Fomentar hábitos saludables
Orientado a mujeres en periodo de lactancia que acuden a grupos de lactancia en los centros de salud con la matrona

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charla en el grupo de lactancia de los centros de salud, mediante la presentación de un power- point y posterior puesta en común para resolver dudas que surgen a los padres

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción y entrega a las participantes de un recordatorio de los puntos más importantes de la charla

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Charla anual en los grupos de lactancia de cada centro de salud que nos corresponde por cupo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades bucodentales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

2. RESPONSABLE ..... ANA SARA GUTIERREZ TORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARGALLO GOMEZ PILAR. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad, originando el 6% de las defunciones a nivel mundial. Esta falta de ejercicio, unida al desarrollo de unos hábitos cada vez menos saludables constituyen la causa principal de la aparición de enfermedades crónicas como la obesidad, trastorno que ha experimentado un aumento considerable en las últimas décadas.
Una práctica regular ayuda a reducir el riesgo de padecer obesidad, diabetes o enfermedades cardiovasculares; en el plano psicológico se constata que la actividad física favorece el desarrollo de la autoestima, la autoconfianza y el autoconcepto, contribuye a la mejora del estado de ánimo y ayuda a reducir los niveles de estrés, ansiedad o depresión, mientras que en el plano social se produce una mejora de las relaciones sociales y un aprendizaje de roles, reglas, valores y pautas de comportamiento.
Pese a todas estas potencialidades, la realidad es que un porcentaje considerable de la población española (42%) nunca realiza ninguna actividad física o deporte, lo que ocasiona que en 2013 alrededor de 42 millones de niños menores de cinco años sufrían sobrepeso (OMS, 2015).
A la vista de todos los beneficios que la práctica física de un modo regular tiene en el desarrollo del sujeto, y con la intención de facilitar el cumplimiento de los niveles de actividad recomendados por la OMS, reduciendo en consecuencia el porcentaje de población sedentaria, en el presente proyecto se propone una iniciativa de Paseos Saludables en Candasnos, una de nuestras localidades del CS Bujaraloz, en el que existía un problema de sedentarismo entre la población adulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos Generales:
1.- Mejorar la autonomía personal a través del ejercicio físico.
2.- Prevención de enfermedades derivadas del sedentarismo.
3.- Promover hábitos saludables; pasear, ejercicio físico y crear el hábito de realizar una actividad física de forma periódica.
4.- Favorecer las relaciones interpersonales.
5- Motivar una actividad al aire libre agradable y saludable
6- Aprendizaje de los beneficios del ejercicio físico.

Objetivos Específicos:
La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que resida en Candasnos, tanto hombres como mujeres. Se les dividirá en dos grupos según su capacidad física (Mayor velocidad y recorrido y menos capacidad y recorrido más corto).
Conocer el número de personas sedentarias previas a la realización de la actividad.
Aumentar el número de personas que realizan ejercicio físico de forma habitual.
El numero de personas que comience la actividad de los paseos saludables aumentará hasta la finalización del proyecto.
Aumentar el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad: informando de los beneficios del ejercicio físico. También les explicamos el recorrido que realizaremos durante los paseos y cómo debemos prepararnos para la realización de esta actividad (ropa cómoda, zapatillas deporte, ejercicios calentamiento, protección solar….).
Se realiza en el salon de actos de la localidad, hacemos uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Para recordar la actividad e informar a las personas que no pudieron acudir a la reunión, se realizan carteles informativos que se distribuyen por los lugares más frecuentados por los usuarios. También se solicita al ayuntamiento que se pregonen bandos recordando horarios de la actividad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Cuestionarios de evaluación: inicial, final y de valoración de la actividad (Medir el grado de actividad física que realizaba cada participante, antes y después, así como su grado de satisfacción personal)
- Cuestionarios de valoración de la actividad para el personal que lo ha puesto en marcha (expectativas, satisfacción personal).
- Mediante el nº de personas que están realizado la actividad al comienzo y nº de personas que la siguen realizando a lo largo del año.

Proyecto: 2016_1324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Iniciamos este proyecto en abril de 2016.Todos los miércoles en horario de 9.30 a 10:15. Debido a la climatología (temperaturas muy elevadas) se hizo una pausa en el proyecto durante los meses de verano. Pretendemos que sea un proyecto duradero en el tiempo y se siga realizando esta actividad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SALUD GENERAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES FERNANDEZ BERGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD ROYO ARACELI. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ TORIO ANA SARA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· ABANCENS YBARRA TERESA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El crecimiento de la demanda, la masificación en las consultas y la falta de tiempo son, entre otros, problemas emergentes en el nivel de asistencia de Atención Primaria (AP).
El exceso de demanda asistencial tiene relación con factores demográficos, económicos, sociales y culturales (envejecimiento de la población, problemas sociales, medicalización de procesos no patológicos, inmigración) externos al sistema sanitario que contribuyen en gran manera a modular la demanda sanitaria, pero también con otros factores internos de organización y gestión de consultas.
Cada profesional ubicado en los diferentes Centros de Salud, dispone de un periodo de tiempo para atender a los pacientes que le corresponden de acuerdo con su cupo. Esta atención se debe organizar, pues no se podía atender de forma indiscriminada a todos los pacientes que se presentasen, ya que hay un periodo de tiempo determinado y por lo tanto un límite de pacientes atendidos.
Por todo esto, en el equipo de atención primaria se planteó la implantación del servicio de cita previa en dos de los cupos periféricos de la zona básica de salud de Bujaraloz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este proyecto va dirigido a todos los usuarios de los cupos de las localidades de Candasnos y Castejón de Monegros.
Los objetivos son:
Optimizar el tiempo de respuesta asistencial disponible y la accesibilidad de los usuarios, disminuyendo así la disminución del tiempo del paciente en la sala de espera.
Aumentar la satisfacción del usuario al disminuir los tiempos de espera.
Estandarizar los procesos de derivación entre los profesionales del EAP.
Aumentar la satisfacción de los profesionales y su competencia profesional.
Aumentar la efectividad y eficiencia de la actividad asistencial de la atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Previo a la puesta en marcha del proyecto, se convoca a los usuarios a una reunión que se desarrolla en cada una de las localidades en las que se va a implantar la cita previa. Se realiza una presentación powerpoint en la que se detalla las ventajas de la implantación de la cita previa, las diferentes formas que existen de citarse y los horarios de estas, se explica además la nueva APP de Salud Informa, y finalmente se acaba la reunión un espacio de tiempo para que manifiesten las dudas, preguntas que les han surgido tras la reunión. Esta reunión se realiza en el salon de actos de la localidad, haciendo uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Al día siguiente de la reunión, se realizan trípticos informativos de la implantación de la cita previa y se distribuyen en el buzón de todos los vecinos de las dos localidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tiempo de espera en sala espera antes de entrar a la consulta previo a la implantación de la cita previa y tiempo de espera posterior a la puesta en marcha del proyecto.
Cuestionarios para la valoración de la satisfacción del usuario.
Contabilizar el numero de usuarios que acudía sin cita previa antes del proyecto y durante los meses posteriores a la implantación de éste.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La puesta en marcha del proyecto se realiza en Candasnos el día 6 de marzo y en Castejón el día 20 de marzo de 2017.
Se deja un periodo de asimilación en el que se prioriza a los pacientes que acuden con cita previa y se realiza educación en los usuarios que siguen acudiendo sin ella.
Existe previsión de implantar la cita previa en el resto de consultorios periféricos de la zona de salud de Bujaraloz.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_1349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todos los usuarios
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1351 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE CANCER COLORECTAL

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES JARIOD FANDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD ROYO MERCEDES. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· ABANCENS YBARRA TERESA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· VILLAGRASA VILLUENDAS ARANCHA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ TORIO ANA SARA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
SE PRETENDE AUMENTAR LOS DIAGNOSTICOS DE LESIONES EN ESTADIOS PRECOCES,A CAUSA DE LA ALTA MORBILIDAD DETECTADA.PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS,FACILITAR LA PARTICIPACION EN LOS PROGRAMAS DE SALUD,ACCESO A LAS TERAPIAS Y OPTIMIZAR LOS RECURSOS GARANTIZANDO LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
SE ESPERA CONSEGUIR UN DESPISTAJE ADECUADO DE CCR EN LA POBLACION DE RIESGO MEDIO,ENTRE 50-69 AÑOS (INICIALMENTE 60-69) MEDIANTE UN ANALISIS DE SANGRE OCULTA EN HECES Y POSTERIOR COLONOSCOPIA A LOS POSITIVOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE OFERTA EL ANALISIS DE SOH MEDIANTE UNA CARTA PERSONALIZADA A TODOS LOS POSIBLES PARTICIPANTES Y LA POSIBILIDAD DE CITA CON LA ENFERMERA DE CUPO CORRESPONDIENTE.DISPONEMOS DE LOS MATERIALES NECESARIOS Y LA COLABORACION DEL LABORATORIO Y EL SERVICIO DE DIGESTIVO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SE CALCULA QUE LA DURACION DE LA ACTIVIDAD,UNA VEZ ENVIADAS LAS CARTAS, SEA DE UN MES,PARA QUE ADMISION CITE A LOS PARTICIPANTES CON ENFERMERIA,INFORMARLES,FACILITARLES EL KIT Y REALIZAR EL ANALISIS.EN FUNCION DEL RESULTADO (POSITIVO O NEGATIVO) SE ALARGARA EL PERIODO POR EL SERVICIO DE DIGESTIVO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2016_1274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BUEN CLIMA EMOCIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL IGNACIO DE PABLO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El trabajo en equipo supone una mayor eficacia que la simple suma del trabajo individual de cada uno de sus componentes. Para conseguir la excelencia profesional de un equipo de trabajo no solo es necesario una buena competencia profesional de cada uno de sus miembros y la disposición de unos buenos y suficientes recursos, sino que también es necesario una inteligente y eficiente organización y una madura relación emocional entre los compañeros de trabajo que lubrique una buena comunicación entre ellos, facilite las labores asistenciales, formativas y organizativas para que potencien sus cualidades y minimicen las adversidades y conflictos que siempre surgen.

El fomento de un buen clima emocional mejora sin duda la eficacia clínica y uso eficiente y responsable de los recursos disponibles y la propia salud física y mental de todos y cada uno de los profesionales del equipo. El buen clima emocional hace crear un buen caldo de cultivo que permita el desarrollo de las cualidades asistentes, la aparición de otras nuevas desconocidas, que se tomen iniciativas de forma entusiasta y que el trabajo sea cada vez mas gratificante con menor sensación de penosidad y esfuerzo.

Desde las direcciones de AP se ha hecho mucho hincapié en la mejora de los recursos disponibles, va aumentando los esfuerzos en formación, queda mucho que mejorar en la facilitacion de las tareas organizativas y casi todo por hacer en la mejora del clima emocional de los equipos de AP.

El cuidado del clima emocional, que es CLAVE en el buen funcionamiento de los equipos, no solo no ha sido atendido por las diferentes DAP, sino que con frecuencia se ha fomentado, posiblemente desde la ignorancia, un mal clima emocional en los equipos, con enfrentamiento entre estamentos profesionales, desequilibrios graves en las cargas de trabajo entre sus miembros, incentivos perversos, que lejos de incentivar el buen trabajo, desilusionan y provocan agravios comparativos y enfrentamientos personales irreversibles, haciendo irrecuperables a muchos equipos.

Desde la ignorancia se supone que LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, como el valor, se le supone a las personas y nada mas lejos de la realidad. Todo el mundo tiene claro que una buena formación clínica es no solo importante, sino fundamental y cada vez desde las direcciones se pone mayor empeño en su mejora. Pero cuando hay un mal clima emocional entre los miembros del equipo, la eficacia mejora, si utilizan mal los recursos, se pierde competencia profesional y empeora la salud mental y hasta física de los profesionales. ¿No merece la pena un buen intento de mejorar entre todos el clima emocional de los Equipos de trabajo?, ¿ no sera altamente rentable a corto, medio y largo plazo los esfuerzos en la formación en inteligencia emocional y reflexionar sobre las medidas que se puedan hacer desde las direcciones para que no solo no torpedeen el buen ambiente sino que lo fomenten?. Solo hace falta comprobar que en aquellos centros que el ambiente es bueno, los indicadores también lo son y viceversa. Es mas que probable que el mal ambiente emocional entre los equipos de AP sea lo mas prevalente. ¿No merece la pena una reflexión de todo estos y un esfuerzo para mejorarlo?

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desde el CS Luna hemos tomado la importancia de todo ello y nos hemos propuesto tomar medidas al respecto, para que nuestro trabajo sea mas eficiente y sobre todo que seamos mas felices en su desarrollo

PUNTUALIZACIONES A CONSIDERAR:

- los miembros de un equipo no se encojen entre ellos, se encuentran, por lo que es necesario un proceso inteligente y adaptativo del las características emocionales de cada persona.
- Los miembros de un equipo son personas muy variopintas, con diferentes orígenes formativos, diferentes niveles competenciales, diferentes edades y grados de maduración vital, diferentes estados de ánimo y todo ello lejos de ser un problema, debemos convertirlo en una oportunidad de desarrollo personas de las diferentes interacciones personales.
- En todo equipo hay personas con mayor sintonía entre ellas que con otras y personas con claras incompatibilidades emocionales lo que genera frecuentes conflictos.
- El manejo inteligente de los conflictos emocionales es clave para en ambiente emocional futuro, creciendo si se resuelven bien y socavando si no se resuelven.

PUNTOS CLAVE:

- Sobre todo " MUCHO HUMOR"

Proyecto: 2016_1274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BUEN CLIMA EMOCIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
formacion y autoformacion en inteligencia emocional, grupos nominales, revision del reglamento interno
Una primera sesion introductoria por el Dr. de Pablo seguido de una tormenta de ideas.
realizacion de un grupo nominal para analizar los problemas y busqueda de soluciones.
Sensiones autoformativas mensuales sonre temas de inteligencia emocional: asertividad, negociacion, manejo de conflictos, saber decir no, asumir criticas, hacer criticas constructivas.
Una comida de quipo con una frecuencia minima trimestral.
Evaluaciones semestrales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluacion de la satisfaccion profesional en el equipo antes, durante y despues del proyecto mediate escalas de Bournout

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Lo dicho

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1752 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:- SALUD BUCODENTAL- PRIMEROS AUXILIOS

2. RESPONSABLE ..... MONICA CLAUDIA ASENJO COBOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el C.S. Luna se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Reunidos con el Consejo de Salud de Zona, el pasado 27 de Junio de 2017, a partir de los acuerdos alcanzados, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos dirigidos a mejorar el conocimiento y las habilidades para una mejor salud de la población infantil de los municipios de la ZBS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Para ello se priorizó de acuerdo con el CdSdZ dos objetivos:
.- fomentar el autocuidado de la salud Buco Dental de los niños en edad escolar por medio de actividades formativas con padres y con los niños en los propios centros escolares
.- Difundir y formar sobre “Primeros Auxilios adaptados a niños”, en forma de talleres practicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º: Formación de los profesionales, asistencia a cursos y talleres de oferta formativa del Salud
2º : Selección, identificación, redacción y presentación de los materiales necesarios para utilizar en las dos actividades priorizadas.
3º: Programación de las actividades en los municipios, colegios o centros de los diferentes municipios donde se van a realizar las actividades, fechas y horarios para ello.
4º: Realización de charlas y talleres.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº talleres programados/nº talleres realizados >80% .
Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >60%
Evaluacion del cumplimiento de objetivos y satisfacción de las actividades realizadas. Deteccion de sugerencias y necesidades de los asistentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación de proyecto: Julio 2017
Realización de los talleres: 2ºSemestre de 2017; 1º semestre 2018
Evaluación parcial: Diciembre 2017
Evaluación final: Junio 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. participación social
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... PILAR MAZA SOLANAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PUYOD ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ROYAN MORENO PILAR. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIGAS CINCA ROBERTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ARBUES MORLANS MARIA JESUS. TCAE. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUIRADO GIMENEZ FERNANDO. PEDIATRA. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· TIMONEDA TIMONEDA ESTHER. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Resulta dificil estar actualizado sobre los temas necesarios para conseguir una atención integral al paciente (protocolos, guías de
práctica clínica, MBE) y además mantener las hablilidades prácticas necesarias para una actuación correcta en una situación de urgencias y emergencias, así como la capacidad de coordinacion entre todos los integrantes del equipo.
Se ha diseñado un programa de formación continuada para todos los miembros del equipo de atención primaria para solventar esta carencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Coordinación entre todos los integrantes del equipo.
Implicación de todos los integrantes del equipo.
Formación actualizada en urgencias y emergencias en AP
Habilidades necesarias para atender urgencias y emergencias en AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión del equipo para establecer por el sistema de “lluvia de ideas” los temas a tratar en esta convocatoria.
-Consensuar y elegir los temas. Nombrar al responsable de cada tema. Equipo de mejora.
-Se diseñaran sesiones clínicas que se realizaran los miércoles de 14 a 15h. Se nombraran profesionales responsables de cada sesión.
-Las sesiones clínicas tendrán un carácter eminentemente práctico, excepto las de coordinación y estrategia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El porcentaje de los profesionales que han impartido sesión supere el 70%
El porcentaje de los profesionales que han acudido a las sesiones supere el 80%
Valoración global del programa por parte del equipo
Satisfacción de los profesionales implicados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio: Reunión del equipo para seleccionar los temas y nombrar al responsable de cada tema.
Julio: Diseño del cronograma de las sesiones que se iniciara en enero.
Septiembre- Diciembre: Elaboración de las sesiones y búsqueda del material
Enero: Inicio del calendario de sesiones.
Marzo: evaluación del programa

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_1308 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

2. RESPONSABLE ..... PILAR ROYAN MORENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MIR. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL. MIR. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· MAZA SOLANAS PILAR. MIR. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· VITALLER SANCHO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· TIMONEDA TIMONEDA ESTHER. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIGAS CINCA ROBERTO. ADMISION. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUIRADO GIMENEZ FERNANDO. PEDIATRA. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Programa ESVAP (Programa de Enseñanza de Soporte Vital en Atención Primaria) de la semFYC tiene como objetivo general primordial promover que los médicos de familia, entre sus tareas, incluyan como actividad comunitaria la enseñanza de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básicos a la población general a la que prestan su atención.
Como objetivo general secundario, el Programa ESVAP pretende la participación activa de los médicos de familia en la enseñanza del Soporte Vital Básico con Equipo, de la Desfibrilación Externa Semiautomática y del Soporte Vital Avanzado en el ámbito de la Atención Primaria, además de diversas técnicas que les permitan actuar ante situacinoes como atragantamiento, hemorragias, quemaduras, amputaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Enseñanza de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básicos a la población general (Desfibrilación Externa Semiautomática).
Como objetivos secundarios:
diversas técnicas que les permitan actuar ante situaciones como atragantamiento, hemorragias, quemaduras, amputaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
acciones previstas para lograr los objetivos:
preparación del material
difusión del material entre todos los participantes
reaparto de tareas
actividades de formación en el equipo (taller práctico)
plan de comunicación:
difusión desde el centro de salud y el consejo de salud.
Describir los recursos previstos para cada acción:
número de reuniones del equipo 1
trabajo de campo: previstas tres intervenciones: una en San Gregorio, una en Parque Goya, una en San Juan.
recursos materiales: ordenador, cañon para proyeccion, sala para realizar la actividad, 3 torsos de adulto y 3 simuladores bebe.
Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios:
Formación de técnicas de ESVAP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimentos básiscos necesarios que se transmitian con la actividad
se realizará a la poblacion una vez finalizada la actividad:
personas que conocen la secuencia de RCP básica/total población intervención: 90%
personas que conocen el teléfono al que dirigirse/total población intervención: 90%
personas que conocen la maniobra correcta de Hemlich/total población intervención: 90%
personas que conocen la actuacón correcta ante una hemorragia/total población intervención: 90%
personas que conocen la posición lateral de seguirdad/total población intervención: 90%
personas que conocen la maniobra correcta ante una quemadura/total población intervención: 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
preparación del material: mayo 2017
difusión del material entre todos los participantes: junio 2017
reaparto de tareas: junio 2017
actividades de formación en el equipo (taller práctico): septiembre 2017
plan de comunicación: octubre 2017

trabajo de campo (noviembre 2017): previstas tres intervenciones: una en San Gregorio, una en Parque Goya, una en San Juan.

Proyecto: 2016_1308 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL CS PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· TIMONEDA TIMONEDA ESTHER. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PUYOD ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ FULLOA ISABEL. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUERRI BALLARIN INMACULADA. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO GOÑI CONCEPCION. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ROYAN MORENO PILAR. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las complicaciones del pie, son las más graves entre todas las de la Diabetes Mellitus.
Suelen producirse a consecuencia de una neuropatía unida a un traumatismo.
En el C S Parque Goya el nº total de diabéticos a fecha 14 de mayo de 2017 es de 1.370 y su prevalencia 8,98%
Un 15% de todos los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida.
La mortalidad tras una amputación oscila de un 10% a corto plazo, a un 70% a los 5 años.
El pie diabético supone según los diferentes sistemas sanitarios analizados entre un 12-15% de los recursos económicos totales destinados a la diabetes.
Los índices de amputación podrían reducirse con estrategias que incluyeran prevención y formación de pacientes y profesionales

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aprender a reconocer los posibles problemas del pie.
Enseñar técnicas y materiales para el cuidado del pie
Mejorar la motivación y las habilidades del paciente para una autoexploración diaria de sus pies

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión del proyecto en C S Parque Goya (junio 2017)
Difusión del proyecto en el próximo Consejo de Salud
Divulgación del proyecto en las consultas médicas y de enfermería y propuesta de participación a los paciente en los talleres formativos (de junio a septiembre.)
Realización de 4 talleres formativos en los Centros cívicos de Juslibol, San Gregorio y San Juan y en el C.S Parque Goya, en los meses de septiembre y octubre

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos necesarios para el cuidado del pie.Se evaluará según test validados de las Sociedades de Endocrinología
Personas que conozcan las posibles complicaciones del pie/ Población asistente: 80%
Personas que conozcan las técnicas y materiales para el cuidado del pie/ Población asistente: 80%
Personas que conozcan la actuación correcta ante un traumatismo o herida en el pie/ población asistente:80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Preparación del material mayo- junio 2017
Difusión del proyecto C.S. Parque Goya junio 2017
Divulgación del proyecto en el próximo Consejo de Salud.
Divulgación del proyecto a los pacientes diabéticos en consultas para su participación en los talleres previstos de junio a septiembre.
Realización de 4 talleres formativos en tres centros cívicos y en el C. S. Parque Goya de septiembre a octubre 2017
Trabajo de campo noviembre 2017
Resultados finales diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL CS PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG:SANTA ISABEL TE CUIDA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATORRE DEL OLMO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANO IRALDE SUSANA. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a la dispersión geográfica de la población del centro de salud, se vió que se necesitaba una fórmula de contacto que relacionara a la población de los consultorios con el centro.Creemos que el blog va a ser una herremienta de trabajo que va a llegar a toda la zona básica y vamos a poder estar en contacto directo con los usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información.
Dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades.
Conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos.
Mantener informada a la población en temas de salud y de las distintas actividades que ofrecen en el barrio.
Interrelacionar los diferentes bariios que integra el centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un blog donde todos los profesionales puedan aportar sus recomendaciones en materia de salud. Donde también los usuarios van a poder realizar sugerencias de posibles temas que les inquieta en materia sanitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de visitas.
Número de sugerencias recibidas, nos va a mostrar la participación de la comunidad.
Satisfacción de los usuarios a través de una encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración un año y asi evaluar su utilidad y continuidad.
Implantar ya en junio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEO BLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR 2016

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE IBAÑEZ ALGORA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATORRE ARNEDO LUIS JUAN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PASCUAL PELEGRINA LAURA. MATRONA. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO MAS VICTORIA. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FIGUERAS ARA CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· QUILES PAESA LUZ. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ELVIRO BODOY TIRSO. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras la publicación de nuestro blog sanitario "Centro de Salud Villamayor", y la continua actualización de noticias y publicaciones dirigidas a la población en general y a los usuarios y pacientes de nuestra zona básica de salud en particular, se ha producido un incremento progresivo de visitas a nuestras páginas, que a día de hoy ascienden a 42.087.
Los cambios producidos en el personal tras las incorporaciones procedentes de traslados, a los puestos de matrona, medicina general y atención continuada, hacen necesaria la actualización del equipo en la carta de servicios del blog, cosa que ya se ha realizado gracias a su actualización diaria, si bien también es necesario en el contenido del vídeo de presentación, que es la imagen inicial de nuestro blog sanitario y que hasta la fecha tiene 423 visitas.
Por ello, se hace necesaria la actualización del vídeo de presentación en cuanto a recursos humanos y servicios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dar una imagen abierta, transparente y de servicio, comprometidos con la mejora continua y la satisfacción de nuestros pacientes y usuarios. Motivación y unión del equipo para la consecución de objetivos.
Continuar fomentando la mejora, cercanía y accesibilidad de los servicios asistenciales, favoreciendo la autonomía de nuestros pacientes/usuarios y la responsabilidad y concienciación de todos sobre nuestros servicios sanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los miembros del equipo de mejora valorarán los mensajes clave a introducir en la videopresentación y autorizan como nuevos miembros del equipo de atención primaria Villamayor, el uso de su imagen para promoción y presentación del centro. Será necesaria una sesión fotográfica y la selección y montaje del vídeo correspondiente. El equipo se reunirá a partir de septiembre para consensuar contenidos y repartir dichas tareas entre sus miembros. Se cuenta con la colaboración del resto del equipo para dar una imagen completa de todos los recursos humanos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Aumento del total de páginas visitadas por fechas, control de visitas individualizadas por página y vídeo. El blog centro de salud Villamayor cuenta con la posibilidad de consultas estadísticas por fecha, página, entradas, fuentes de tráfico y público, navegadores e incluso países.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio septiembre 2016, finalización diciembre 2016
Reunión equipo de mejora finales de septiembre 2016. Elaboración de contenidos
Fotografía: octubre 2016
Montaje: noviembre 2016
Revisión e inclusión en blog: diciembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. El contenido del blog se dirige a todo tipo de pacientes, usuarios y patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FIGUERAS ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELVIRO BODOY TIRSO. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· LOMBA GARCIA BELEN. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· OLAGUE VIDAL ANTONIO. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO CASORRAN INMACULADA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· QUILES PAESA LUZ. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se detecto con la escucha activa.y comunicación de incidencias al grupo de mejora.

I)Favorecer la calidad de la atención urgente.

II)-Mejorar el control y la seguridad de los medicamentos.
-Evitar la variabilidad del material de urgencias, UNIFICARLO Y SIMPLIFICARLO, de los maletines y condiciones climatológicas de urgencias.
-Garantizar la continuidad de la atencion. Minimizar LAS INCIDENCIAS.
2)Mejorar la efectividad y efciciencia de las Urgencias y maletines de urgencias del eap y consultorios, via aerea y via venosa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir las incidencias, ausencias y caducidades del material asi como la formación del personal en urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Motivación recordatoria whats app POSITIVO. responsables todos los mienbros del grupo de mejora.

-Hoja de registro común todos los mienbros del eap.

-Docencia especifica, sesiones patología prevalente urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Numero de sesiones patología prevalente en urgencias.
-Control mensual hojas de registro.
-Numero caducidades.hojas de monitorizacion excel.
-Numero incidencias hojas de monitorizacion excel.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año agosto 2016 - agosto 2017 despues proceso de mejora continua.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FIGUERAS ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELVIRO BODOY TIRSO. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ASENSIO CASORRAN INMACULADA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VILLAMAYOR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LATORRE ARNEDO LUIS JUAN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO MAS VICTORIA. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· QUILES PAESA LUZ. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP

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

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

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

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:

- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

Análisis de todos los apartados del ciclo de mejora continua.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enfoque general: Gestión por procesos
Poblacion diana: Todas
Sexo: Ambos
Valoración:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (>satisfacción). 4 mucho

Proyecto: 2016_1447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO LUEÑA CONCEPCION. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· SORIANO BURILLO SOLEDAD. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO MARTINEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Sabemos que el 80 % de nuestros pacientes no realizan las recomendaciones de hábitos saludables que indicamos en nuestras consultas.

Con el ejercicio físico se mejora la función cardiovascular,
ayuda a mantener los parametros de glucosa estables y reduce la
resistencia a la insulina, igualmente nos ayuda a reducir peso y a
controlar las cifras de triglicéridos,colesterol,y LDL.
Además con el ejercicio físico se liberan endorfinas y se consigue que nuestros pacientes se sientan mejor.

En nuestro Centro de Salud Picarral se carecía hasta ahora de un proyecto de promoción de salud. La iniciativa parte del C.S. recogiendo de este modo posibles peticiones que se hicieran a través del consejo de salud, o asociaciones del barrio Picarral.

Decidimos iniciar Nuestro Paseo Saludable.
El presente proyecto es una continuidad del iniciado en noviembre del 2015 de forma piloto, va dirigido a promover la salud por medio del ejercicio físico y de hábitos saludables en alimentación, también pretende ayudar a personas con aislamiento social, e implicar a los profesionales de nuestro Centro de Salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Promover en nuestros usuarios la realización de ejercicio moderado asi como hábitos de vida saludable
2-Conseguir en nuestro barrio un grupo de referencia para realizar ejercicio.
3-Educar durante los paseos en habitos saludables de alimentación.
4- Disminuir el aislamiento social
5- Implicar a los profesionales de nuestro Centro de Salud en el proyecto

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Método:
Captamos a nuestro pacientes dede las consultas médica y de enfermería.

Caminamos con el grupo, un profesional del Centro de Salud y un voluntario, paciente nuestro, con inquietudes y hábitos saludables, que cierra la marcha vigilando que nadie quede rezagado y todos puedan llevar el ritmo de la caminata.

Iniciamos nuestro actividad con caminatas de de 40 minutos, dedicando unos minutos para calentar y 10 minutos para estirar después del paseo, un día por semana, concretamente los martes de 10 a 11 de la mañana.
Seleccionamos rutas, buscando paseos arbolados y parques.

Actividades:
Establecer el desayuno saludable al final de cada temporada, Posiblemente en la primera quincena de junio.
Descubrir en esta temporada naturaleza y aves en los parques que visitamos, en colaboración con el Ayuntamiento de la ciudad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número medio de personas participantes en la actividad
Número de personas nuevas en la actividad.
Número de personas que participan en el desayuno saludable
Número de profesionales implicados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma:

-Comenzamos el 18 de octubre
-Recogida cada semana, del número de asistentes, participantes nuevos.
-Elaboración de datos iniciales octubre 2016
-Finalización de la actividad junio2017
-Desayuno saludable primera semana de junio

Proyecto: 2016_0447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

-Realización de encuesta octubre 2016y al finalizar la temporada, junio 2017

Duración:

De octubre del 2016 a junio del 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA MOLINA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO LUEÑA CONCEPCION. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· SORIANO BURILLO SOLEDAD. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· OLLOBARREN HUARTE EMILIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actividad de los Consejos de Salud está regulada en la Ley General de Sanidad del año 1986. A pesar de que suponen un importante elemento de la participación comunitaria en materia de salud, son un gran desconocido para la mayoría de la población y también para muchos de los profesionales sanitarios. Ésta fue una de las conclusiones de las Jornadas de Participación Comunitaria de abril 2016 en Zaragoza.

En el Centro de Salud Picarral, el Consejo de Salud está constituido desde el año 2008 y cuenta con la participación de miembros las diferentes entidades que están reguladas en su reglamento de régimen Interno. En él se realizan, desde entonces, las reuniones ordinarias que se establecen reglamentariamente.

En el Pacto de Gestión de 2015, se hizo una evaluación de los problemas detectados por la población a través del Consejo de Salud. El presente proyecto es una continuación del proyecto iniciado el año 2015, enfocado más a acercar el Consejo de Salud Picarral a la población de la zona básica de Picarral y también a los profesionales, mejorando la difusión de las actividades realizadas y la comunicación del Consejo con las diferentes asociaciones de la zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la difusión de la existencia y las actividades del Consejo de Salud en la población de la zona básica de salud de Picarral.
- Mejorar la difusión sobre la existencia y la actividad del Consejo de Salud entre los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se trata de realizar un proyecto de mejora de la calidad coordinado por la Dra Susana García Domínguez, junto con la Dra Concepción Castillo, Pilar Martínez,enfermera del Centro de Salud y Emilia Ollobarren trabajadora social del CS Picarral, mediante la técnica de trabajo en equipo, desarrollado por el equipo de mejora del EAP Picarral, con el apoyo del Consejo de Salud, e integrado en el programa de calidad del EAP Picarral.

Se desarrollarán las siguientes actividades:

Elaboración de un tríptico-folleto informativo sobre lo que es el Consejo de Salud, sus integrantes y objetivos.
Difusión de dicho tríptico en el Centro de Salud y en las entidades representadas en el consejo.
Encuesta breve a los profesionales (¿sabe lo que es el consejo de salud?, en caso afirmativo ¿sabe qué actividades realizan?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?, ¿conoce alguna actividad que se esté realizando?).
Formación continuada en el EAP Picarral mediante una sesión clínica impartida por el equipo de mejora que versará sobre los siguientes puntos: 1.- el concepto de consejo de salud según está definido en la Ley General de Sanidad. 2.- Consejo de Salud Picarral, sus integrantes y actividades.
Difusión de los acuerdos del Consejo de Salud mediante la exposición de las actas en el área pública del Centro de Salud habilitada para las informaciones del Consejo.
Proporcionar copia escrita o informatizada a los diversos integrantes del consejo para que publiquen las actas en las entidades que representan.
Elaboración de un póster de mayor tamaño que se colocará en el tablón localizado en el hall del Centro de Salud con información sobre el Consejo de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES: EVALUCION Y SEGUIMIENTO

Número de folletos impresos y entregados a los pacientes.
Número de folletos distribuidos por las diferentes entidades.
Encuesta a los profesionales sobre su conocimiento del Consejo de Salud. Antes y despúes del desarrollo del proyecto.
Número de asistentes a la sesión clínica .
Número de reuniones del consejo de salud realizadas en el año 2016

Proyecto: 2016_0472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Número de Actas publicitadas en 2016 en el Centro de Salud.
Número de Actas entregadas a las diferentes entidades en 2016.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma:

Encuesta a los profesionales en octubre de 2016.
Sesión clínica en el Centro de Salud en octubre de 2016.
Elaboración del tríptico-folleto terminado a final de octubre 2016.
Póster y edición del folleto a final de noviembre 2016.
A partir de diciembre 2016: reparto de folletos a las diferentes entidades, entrega a los pacientes y exposición de póster en el Centro de Salud.
A partir de septiembre de 2016 y de forma continuada: exposición en la zona habilitada del Centro de Salud de las actas de las reuniones del Consejo de Salud y entrega de copias a los miembros representantes de las diferentes entidades de la Zona básica de Salud Picarral.

Duración: el año 2016 y 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0939 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDA RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GRACIA MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA DOMINGUEZ SUSANA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ASIN MARTIN MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· SORIANO BURILLO SOLEDAD. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· OLLOBARREN HUARTE EMILIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ERC es un importante problema de salud que puede afectar en sus diferentes estadios a cerca del 10% de la población española y que supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud.La ERC se presenta asocida a otras patología crónicas.La detección precoz de estos pacientes optimizaría las posibilidades de tratamiento y retrasar la progresión.
Para la prestación sanitaria integral a la población es necesaria una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales. Sin embargo a veces esta coordinación presenta deficiencias.
El conocimiento de los criterios diagnósticos,clasificación en estadios,la identificación de los factores pronósticos,así como el establecimiento de criterios de derivación,son elementos claves en la atención integral de estos paciente.
En el centro se detectó la no utilización del protocolo de OMI para la correcta derivación a Nefrología .
Las causa fundamental era el desconocimiento de la existencia de dicho protocolo.
Teniendo en cuenta que este protocolo proporciona la información clínica suficiente al servicio hospitalario para que la distribución de los pacientes se realice con eficiencia,de acuerdo con los criterios consensuados,consideramos necesario la utilización del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Conocer el consenso para la detección y manejo de la ERC por parte del personal sanitario
-Utilización en el 100% de lo casos de los criterios de derivación a Nefrología por ERC .
-Utilización del protocolo existente en OMI para la derivación .
-Conocer la prevaléncia de enfermos con ERC en el Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión con admisión para elaborar un sistema de registro de los pacientes derivados a nefrología.Establecer sistemas de registro o información en la enfermedad que garanticen la continuidad asistencial.
-Realizar 2 sesiones clínicas para el personal sanitario .
1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria.
-Elaborar un sistema de registro registro de la respuesta de Nefrología de los pacientes derivados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores. -nº pacientes con ERC derivados a Nefrología utilizando protocolo OMI / Total pacientes con ERC derivados a Nefrología
-nº informes de pacientes ERC recibidos de Nefrologia/Total de pacientes con ERC derivados a Nefrología.

-Total de pacientes diagnosticados ERC en cada cupo/total pacientes del cupo.
Se obtendran los indicadores del registro realizado y de la información que se puede extraer de OMI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto en DICIEMBRE 2016. Reunión del equipo de mejora.
Reunión con admisión
Elaboración del sistema de registro

- ENERO 2017 -Sesiones impartidas al personal sanitario por parte de 2 componentes del equipo de mejora .1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria

-JUNIO 2017.Recogida y seguimientos de los primeros resultados .
-Reunión Equipo de mejora.
-Reunión con Admisión. Valoración registros.
-Reunión Personal sanitario. Valoración dificultades detectadas.
-DICIEMBRE 2017.Recogida datos definitivos.
-Reunión Equipo de mejora.
-Reunión con Admisión. Valoración registros.
-Reunión Personal sanitario. Valoración dificultades detectadas.
-Memoria resultados y valoración de continuidad del proyecto.

Proyecto: 2016_0939 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDA RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. insuficiencia renal crónica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1614 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION MARCEN GIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA DOMINGUEZ SUSANA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LABORDA ARANZAZU. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· AZNAR ALEGRE ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· OCA AGUSTIN JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· PUEYO SALAS ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La gestión de los avisos a domicilio es un proceso en el que están implicados todos los miembros sanitarios y no sanitarios del equipo de Atención Primaria. La gestión eficiente de todo el proceso es fundamental para la satisfacción tanto del usuario como de los trabajadores.
Se han detectado una serie de incidencias en este proceso como son : la identificación incorrecta del paciente o de la gravedad de su proceso, la dificultad con los pacientes desplazados, dificultades en el acceso telefónico, falta de claridad en el circuito de urgencias, los fallos en la trasmisión de los avisos ...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la organización de la atención domiciliaria urgente estableciendo unas instrucciones claras y detalladas e implementando posteriormente dichas instrucciones.
- Mejorar el conocimiento de los profesionales no sanitarios del EAP respecto del proceso
-Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios del EAP respecto del proceso
Aumentar la implicación de los profesionales no sanitarios en el proceso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, coordinado por la Jefa de Equipo de Admisión, Concepción Marcén en el que colabora todo el equipo de Admisión y la coordinadora médica. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.
Se desarrollarán las siguientes actividades:

1.- Reunión con el equipo de Admisión para exponer el proyecto
2.- Recoger, mediante la técnica de la tormenta de ideas, las opiniones de los trabajadores sobre los problemas detectados, haciendo hincapié en los principios y finales de turnos, en los avisos urgentes, la coordinación médico-enfermera, la responsabilidad de admisión en la correcta trasmisión de los avisos.
3-Selección a partir de lo anterior de los puntos frágiles del proceso.
4.- Actualización de los plannings existentes : estableciéndose 3 turnos de avisos(8-11h, 11 a 14h y 14 a 17h). En cada turno, debe haber un responsable de Admisión que se encargará de la recogida y trasmisión del aviso, y un profesional médico y de enfermería siempre disponibles en caso de tratarse de un aviso urgente.
El planning será claro, sin dejar espacios de tiempo libres y se expondrá en un lugar visible de Admisión
5.-Se diseñará un diagrama de flujo simple y claro que establecerá todo el proceso desde que el paciente llama por teléfono para poner el aviso a domicilio hasta que, una vez visitado el paciente, el sanitario deja la copia del aviso firmada y, a última hora diariamente, el administrativo encargado, revisa que todo los avisos hayan sido correctamente realizados.
Este diagrama de flujo se expondrá en Admisión en un lugar visible.
6.- Se hará una sesión clínica para todo el equipo en el que se expondrá todo el proceso tal como se ha revisado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
- Número de asistentes sanitarios y no sanitarios a la sesión clínica de exposición del nuevo organigrama
- Número de incidencias o reclamaciones por cualquier motivo relacionado con los avisos domiciliarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma:
-Tormenta de ideas por parte de los integrantes del equipo de Admisión: julio 2017
- Selección de los puntos débiles del proceso: agosto 2017.
Revisión y actualización de los plannings vigentes: septiembre 2017.
-Elaboración de un protocolo estandarizado de actuación: septiembre 2017.
Edición de los documentos generados: octubre 2017
Sesión clínica con exposición al EAP del proceso revisado: octubre 2017
El año 2017

9. OBSERVACIONES.
,

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1614 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cualquier patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

2. RESPONSABLE ..... PILAR SOLER COCHI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TARONGI SALINAS BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· GARRALON ORTEGA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cada día son mas los pacientes que utilizan insulinas en su domicilio, por lo que desechan el material punzante en botes de cristal que nos acercan al centro y otras directamente en la basura de su domicilio con el riesgo biológico que conlleva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que cada paciente insulinodependiente deseche con seguridad el material punzante en su domicilio en un contenedor de residuos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificación de pacientes que utilizan material punzante en su domicilio.
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de los residuos bioligicos.
Entrega del contenedor de residuosa todos los pacientes contactados.
Creacion de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor.
Sesion clinica en el EAP para explicar el proyecto y entrega de la hoja de registro a todos los sanitarios para su uso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes a los que se le entrega contenedor de residuos del total que precisa material de este tipo
% de envases devueltos al centro de salud para su destruccion del total de los entregados.
%de unidades asistenciales que han participado activamente en el proyecto del total del equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Identificacion de los pacientes que utilizan material punzante en su domicilio NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Extraccion de datos de la receta electronica proporcionados por el servicio de AP del sector NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Creacion de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermeria para explicarle la importancia de la recogida de residuos biologicos DICIEMBRE 2016
Entrega de los contenedores de residuos al mayor numero posible de estos pacientes A PARTIR DICIEMBRE 2016
Sesión clínica en el EAP para explicar el proyecto y entregar la hoja de registro a los profesionales DICIEMBRE 2016
Evaluación de los resultados A PARTIR DE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDIZAJE, PRACTICA Y DIFUSION DE TECNICAS DE RESPIRACION, RELAJACION, GESTION EMOCIONAL Y MINDFULNESS

2. RESPONSABLE ..... NURIA VAL JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUISAC RAMON CELIA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ GARCIA ANA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· GARRALON ORTEGA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existe una alta prevalencia de trastornos mentales y malestar psíquico en la población general, superior a un 23%, según estudios epidemiológicos validados.
En los Centros de Salud se detectan alteraciones de la Salud Mental en un 40% de los pacientes atendidos en las consultas.
Los profesionales de la Salud como otros grupos al servicio de la Comunidad: policía, profesores, trabajadores sociales… se caracterizan por su “trabajo humano” y su predisposición al agotamiento emocional.
Desde los Centros de Salud se detecta una excesiva medicalización de trastornos adaptativos reactivos a “problemas de la vida diaria”, así como escasez de tiempo asistencial y recursos formativos en Actividades de Educación y de Promoción de la Salud Mental entre los profesionales sanitarios y en la Comunidad.
Esta falta de recursos formativos y asistenciales en Atención Primaria contribuye a un aumento en la prescripción, bajas laborales y derivaciones de “problemas mentales menores” a Especializada en busca de apoyo y tratamiento.
Enseñar a los profesionales y a la Comunidad técnicas básicas de respiración, relajación, gestión emocional y Mindfulness incrementa el empoderamiento de la población y potencia la Promoción de la Salud Mental y la prescripción social.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro proyecto está dividido en 3 fases.
Fase práctica:
Población diana: agentes de Salud: médicos, enfermeros, matrona, administrativas, policía, Servicios Sociales y profesorado.
Número de participantes: 14.
Objetivo: desarrollar actitudes y capacidades personales para el autocuidado emocional de los profesionales, a través del conocimiento y práctica de técnicas de respiración, de relajación, Mindfulness y gestión emocional.
Fase formativa:
Población diana: agentes de Salud de la Mancomunidad de Zuera.
Número de participantes: 10 agentes de salud.
Objetivo general: facilitar herramientas y formación en técnicas de respiración, relajación, gestión emocional y Mindfulness en un formato sencillo y fácilmente transmisible a pequeños grupos en la Comunidad.
Fase de difusión:
Población diana: creación de grupos pequeños en la Mancomunidad dirigidos por los Agentes de Salud.
Número de participantes: Número abierto a la población interesada, grupos de 4 a 12 participantes.
Objetivo general: aumentar la autonomía y bienestar de la población incrementando su capacidad de autocuidado mental y emocional. Impulsar la formación de grupos que puedan trabajar de forma autónoma y flexible en la Comunidad, lo que facilite en el futuro la prescripción social desde los profesionales de salud. Servir de impulso y apoyo para la planificación de actividades grupales para la Promoción de la Salud Mental en la Comunidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase práctica: tipo de actividad: Curso-taller: 8 semanas de 1 hora de duración.Octubre-Noviembre 2016
Fase formativa: tipo de actividad: Curso-taller. 4 sesiones formativas de 1 hora de duración y apoyo formativo online. Marzo-Mayo 2017.
Fase de difusión: apoyo y supervisión de los grupos formados en la Comunidad. Junio-Diciembre 2017.
Plan de comunicación: equipo de Atención primaria, cartas informativas y tablones de información de Actividades Comunitarias, Consejo de Salud, ayuntamientos, revista del bajo Gállego y página web de la Mancomunidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fase práctica: Se midió el cuestionario de FFMQ (Baer et al, 2006 cuestionario de las cinco facetas de Mindfulness), la asistencia, el grado de satisfacción del programa y la participación comunitaria.
Fase formativa: Se midió la asistencia, el cuestionario de FFMQ (Baer et al, 2006 cuestionario de las cinco facetas de Mindfulness), el grado de satisfacción del programa y el grado de participación comunitaria.
Fase de difusión: Se midió la asistencia, la satisfacción en una escala Likert, donde 1 es la puntuación mínima y 5 es la puntuación máxima. Participación comunitaria entendido por el número de entidades que participan dividido entre el número de entidades a las que se les presente el proyecto, multiplicado por 100. Puntuación mínima: 50%.
Números de grupos nuevos creados en la comunidad que funcionan de forma autónoma durante el año

Proyecto: 2016_1325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDIZAJE, PRACTICA Y DIFUSION DE TECNICAS DE RESPIRACION, RELAJACION, GESTION EMOCIONAL Y MINDFULNESS

2017-2018. Puntuación mínima: 8 grupos independientes. Número de solicitudes de apoyo al grupo formador por otros grupos de la comunidad interesados en el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase práctica: Octubre y Noviembre del 2016, 8 martes de 8h a 9h en el Polideportivo del Ayuntamiento de Zuera. El curso consistió en una sesión semanal de una hora de duración durante ocho semanas consecutivas. El curso fue impartido por Nuria Val Jiménez, MAP del C.S de Zuera.
Fase formativa: Plan de formación: marzo, abril y mayo 2017: 4 sesiones formadoras de agentes de salud de 8.30h a 9.30h en el C.S de Zuera, impartido por Nuria Val Jiménez, MAP de Zuera.
Fase difusión: Cada agente de salud se compromete a compartir en los siguientes meses, de junio 2017 a diciembre del 2017 lo aprendido con al menos un grupo de 5 a 10 participantes, para que sea valorable.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Salud Mental
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LAS INTERCONSULTAS A ATENCION ESPECIALIZADA EN EQUIPO COMO METODO DE MEJORA DE LAS DERIVACIONES Y APRENDIZAJE COMPARTIDO

2. RESPONSABLE ..... ANA DOMINGUEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAL JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· BUISAC RAMON CELIA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· ARANAZ DE MOTTA MARTA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· GRASA LAMBEA INMACULADA. MEDICO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En un equipo de AP hay una amplia variabilidad de las interconsultas, tanto en las distintas patologías por las que se deriva según las fortalezas o debilidades de cada profesional, como en el contenido descriptivo, de pruebas complementarias adjuntas, y otros. Esta heterogenicidad de las derivaciones redunda en una atención desigual según profesionales. Hay sobrederivación a las especialidades que son “debilidad”. En nuestra opinión los protocolos de derivación "impuestos" son menos eficaces que la reflexión conjunta de equipo, que permite una oportunidad de mejora, aprendizaje conjunto y una vía de comunicación más eficaz y eficiente con especializada.
Por todo ello, se ha planteado siguiendo un modelo de actuación de algunas Practices del NHS, realizar en nuestro EAP, una valoración quincenal conjunta de todas las derivaciones hechas por el EAP. Ello consistirá en la lectura y discusión de las mismas, en la reunión grupal de todos los médicos del equipo, con la extracción de las conclusiones pertinentes y en la posterior actividad derivada con el objetivo de mejorar la calidad de las mismas. Estas actividades podrán ser: establecimiento de pautas de actuación intra-equipo de las derivaciones más habituales, más problemáticas o más heterogéneas.. “esto se deriva así, en estos casos, con estas pruebas”. Así como pautas de derivación consensuada con el servicio especialista pertinente en los casos anteriores. Aprendizaje conjunto de las fortalezas de otros profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Extracción de conclusiones acerca de los motivos de derivación más frecuentes por EAP y por cupos.
- Homogenización del contenido de las derivaciones más frecuentes según patología (establecer el criterio de derivación, el contenido clínico de la misma, y las pruebas complementarias a adjuntar)
- Generación de pautas de actuación consensuada entre el equipo y con especializada.
-Mayor equidad a la población.
- Aprendizaje de las fortalezas y debilidades de otros profesionales.
- Coordinación con especializada y aprendizaje.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión quincenal de dos horas de los médicos del EAP
- Revisión de las derivaciones generadas en ese periodo:
o Registro en una Excel de las mismas: especialidad y motivo (codificación CIAP)
o Lectura y comentario de las mismas. Dudas, consultas, etc
o Valoración del contenido de las más frecuentes
o Establecimiento de pautas de actuación de consenso acerca del contenido clínico y pruebas complementarias a adjuntar, en las más frecuentes y/o más heterogéneas, intra-equipo y con especializada cuando sea apropiado.
- Valoración anual cuantitativa: ha disminuido el número de derivaciones.
- Valoración anual cualitativa: Se han derivado los mismos motivos con el mismo contenido y de la misma manera.
- Valoración del número de pautas de actuación escritas, y % de los mismos que se han consensuado con AE.
- Satisfacción de los profesionales, encuesta diseñada ad-hoc

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de cumplimiento del objetivo de reuniones semanales: nº reuniones/24 reuniones quincenales*100
- Número de reuniones con las cuatro especializadas más consultadas durante el periodo de estudio.
- Número bruto de derivaciones desagregado por especialidad, mensual.
- Número bruto de derivaciones por motivo (CIAP), mensual.
- Número de pautas de derivación elaboradas y % de los mismos consensuados, a los 3-6-12 meses.
- Número de derivaciones cuyo contenido de ajusta al protocolo establecido, del total de derivaciones por ese motivo, a los 3-6-12 meses del establecimiento del mismo
- Evaluación cualitativa satisfacción profesionales a los 12 meses de implantación, elaborada ad-hoc, para los profesionales d eAP implicados, y para los profesionales de AE de las especialidades de las que se haya elaborado pautas de actuación consensuada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Inicio: 1º reunión: semana del 1 de octubre 2017. Recogida el 15 de septiembre de 2017.

Proyecto: 2016_1452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LAS INTERCONSULTAS A ATENCION ESPECIALIZADA EN EQUIPO COMO METODO DE MEJORA DE LAS DERIVACIONES Y APRENDIZAJE COMPARTIDO

- Evaluación final. 1 de octubre de 2018
- Evaluaciones intermedias. Ver punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. mejora práctica clínica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1155 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA: AREAS PRIORITARIAS 2017

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO VITALLA OSCAR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· MENDI METOLA CAROLINA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Proyecto orientado a conseguir el mayor grado de aprovechamiento posible de las oportunidades que ofrece el nuevo cuadro de mandos de farmacia para la mejora de la farmacoterapia con la implicación de Atención Primaria y Hospitalaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la farmacoterapia en aspectos seleccionados de INDICACIÓN, EFECTIVIDAD, SEGURIDAD y EFICIENCIA, fomentando la utilización y aprovechamiento del nuevo Cuadro de Mandos de Farmacia (CMF)
2. Facilitar la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actividad coordinada desde la Comisión de URM de AP y con participación de la Subcomisión de URM del sector.
- Elaboración de una hoja informativa sobre las áreas prioritarias de URM en 2017 para difusión tanto en AP como en Hospitales.
- Aviso mensual por correo electrónico de la disponibilidad de nuevos datos en CMF al Responsable de URM del EAP y a los coordinadores de AP.
- Sesiones de formación y seguimiento en EAP
- Sesiones en Hospitales: General y por servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1. Se utilizarán los indicadores e información disponibles en el CMF.
Indicadores de INDICACIÓN:
1. Pacientes en prevención secundaria tratados con estatinas (%)
2. Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiante combinado (%)
Indicadores de EFECTIVIDAD:
3. Pacientes tratados con medicamentos no efectivos: SYSADOA, Citicolina (nº)
Indicadores de SEGURIDAD:
4. Uso de Medicamentos Potencialmente inapropiados en anciano (>75 años) (%)
5. Uso de Medicamentos de Riesgo anticolinérgico elevado en anciano (> 75 años) (%)
6. Pacientes tratados con Triple Whammy (IECA o ARAII+ diurético+AINE) (nº)
7. Pacientes tratados con Doble Bloqueo Sistema Renina Angiotensina (IECA, ARAII o aliskiren) (%)
8. Pacientes de alto Riesgo Cardiovascular tratados con AINE (%)
Indicadores de EFICIENCIA:
9. Selección ineficiente de estatinas (%)
10. Selección ineficiente de IBP (%)

Indicador 2. Hoja informativa editada y difundida en atención primaria y hospitalaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación: Noviembre-Diciembre 2016
Duración: 1 año (2017)
Evaluación de resultados: Diciembre 2017
Responsables:
- Dirección AP Sector Zaragoza I
- Farmacéutico AP Sector Zaragoza I
- Responsables de URM de los EAP / miembros Comisión URM en AP
- Miembros Subcomisión URM del sector I

9. OBSERVACIONES.
Se consideran áreas prioritarias para 2017 aquellas áreas con información disponible en CMF a fecha de noviembre 2016.

Para mejorar la estimación de indicadores se hacen dos salvedades:
- Si fuera posible incluir el criterio edad (> 75 años) en los indicadores en los que no está, el proyecto podría priorizar las actuaciones en el paciente anciano.
- Sería de interés incluir en los indicadores criterios de exclusión como: Pacientes con código CIAP Z28

Proyecto: 2016_1155 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA: AREAS PRIORITARIAS 2017

(Social minusvalía/discapacidad/ dependencia) y pacientes con código CIAP A99 (Terminal (Paciente)).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URM
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1160 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CRITERIOS DE DERIVACION A FISIOTERAPIA-RHB HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... ALICIA CASCANTE MARTINEZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAGÜES BRAVO JOSE CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ BENITO MARINA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. SUBDIRECCION MEDICA
· LAHUERTA JARQUE AMPARO. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· BAÑOS MORALES SARA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ-PLAJA ARA IGNACIO. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1. Gran variabilidad en la atención a pacientes con patología del aparato locomotor susceptibles de rehabilitación.
2. Alta prevalencia de patologias relacionadas.
3. Se hace preciso definir los circuitos de estos pacientes entre ambos niveles asistenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Disminución tiempo de demora en primera visita de fisioterapia.
2. Unificar criterios de derivación que conlleven un tratamiento óptimo para las diferentes patologías susceptibles de tratamiento rehabilitador.
3. Mejorar la cumplimentación del volante de interconsulta.
4. Mejora de registro en OMI-AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar. Finalizado
2. Elaboración de un documento de consenso, donde se recogen los criterios consensuados para facilitar la toma de decisiones en la derivación de patología musculoesquelética a las UFAP o a RHB hospitalaria. Finalizado.
3. Difusión en formato de sesiones clínicas impartidas por los fisios de Sector a todos los facultativos de AP del Sector I. Difusión a nivel especialidades hospitalarias susceptibles. Finalizado.
4. Seguimiento en formato de cortes periódicos de atención a tiempo o demoras en las distintas UFAP.
5. Seguimiento de la correcta derivación tanto desde AP como desde diferentes especialidades hospitalarias a las UFAP. Corresponde a la DAP: Corrección de errores de derivación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. % de pacientes correctamente derivados

2. Disminución de las demoras medias en las UFAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Grupo de trabajo. Enero 2016
2. Primer documento de consenso finalizado. Marzo 2016
3. Revisión. Septiembre 2016
4. Difusión a los profesionales médicos. Septiembre-Diciembre 2016

9. OBSERVACIONES.
El proyecto sigue activo en el año 2017 con el mismo seguimiento y reuniones periódicas del grupo de trabajo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2016_1178 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMIREZ ALESON VICTORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SUBDIRECCION MEDICA
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES PELEGRIN SARA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. FISIOTERAPIA EN AP
· COMELLA DORDA MARTA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. FISIOTERAPIA EN AP
· DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. FISIOTERAPIA EN AP
· CASA MORAGA MARIA LUISA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El hombro doloroso es un problema de salud muy común y una causa muy importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.
Existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos, así como en los resultados y calidad asistencial final que reciben estos enfermos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proceso es definir de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas, los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes afectados en el Sector Zaragoza I.
El propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se formó un grupo de trabajo con profesionales de todas las especialidades médicas implicadas y de los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada). Se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo del hombro doloroso y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector I.
Mediante diagramas de flujo, tratamos de reflejar el proceso y sus circuitos asistenciales de la forma más sencilla y gráfica posible para favorecer su consulta y toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios.
A lo largo del primer semestre de 2017 se dará difusión a todos los EAP y especialidades comprometidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se ha seleccionado una parrilla de indicadores para monitorizar y evaluar el grado de implantación del proceso diseñado y ofrecer a los profesionales implicados un feed-back periódico sobre la efectividad del mismo.

1. OMI-AP: pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) y derivados a Fisioterapia de AP / total de pacientes diagnosticados de hombro doloroso con algún registro en el último año (%).
2. OMI-AP: pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) a los que se les solicita RM / pacientes con diagnostico de hombro doloroso con algún registro en el último año (%).
3. Hospital: pacientes derivados desde AP a Traumatología y diagnostico confirmado de rotura del manguito de los rotadores / total de pacientes derivados desde AP a Traumatología por patología de hombro (%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Grupo de trabajo y documento definitivo. Mayo 2016
Revisiones. 1er. semestre 2017
Sesiones clínicas EAP. 1er. semestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1178 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1589 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
· NAVARRO VITALLA OSCAR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
· CLERENCIA CASORRAN CARLOS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un procedimiento que previene fallos en un proceso o sistema que se está o se quiere implantar en una organización.

El AMFE es utilizado habitualmente por empresas, pero se está implantando esta técnica de priorización (preventiva) de problemas y fallos en los servicios.
En la actualidad el Sector I de Zaragoza se está implantando la interconsulta virtual (ICV) como un nuevo procedimiento de comunicación y consulta clínica entre Atención Primaria y Atención Especializada. Este procedimiento de nuevo diseño implica el desarrollo de ingeniería de soporte en los registros clínicos y una nueva instrucción para realizar la interconsulta entre el médico de familia y el médico especialista.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Prevenir fallos de diseño en las herramientas de soporte, en la instrucción (Procedimiento) de trabajo de la ICV, y en la implantación de todo el proceso en los Equipos de Atención Primaria y en los Servicios de Atención Especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fases del proyecto:
1- Redacción del procedimiento o instrucción de ICV.
2- Diseño de la herramienta de gestión de ICV: Registro clínico (HCE-OMI-AP).
3- Análisis y realización de AMFE de diseño:
3.1 – Identificación y listado de fallos en la ICV.
3.2 – Priorización de fallos según AMFE y selección de oportunidades de mejora.
3.3 – Intervención en fallos seleccionados.
4- Implantación de un sistema de comunicación y notificación de fallos o incidencias no previstos en la implantación de ICV.
5- Análisis de la resolución de las propuestas de mejora.
6- Comunicación y formación a los profesionales de las mejoras y correcciones realizadas tras la resolución de fallos e incidencias detectados en el procedimiento de ICV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores.
1- Resolución de mejoras en diseño. Fallos resueltos del total de fallos previstos en el diseño.
2- Resolución de mejoras en ejecución. Fallos resueltos del total de fallos e incidencias identificadas en la ejecución de la ICV.
3- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria ejecutando ICV.
4- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Especializada ejecutando ICV.
5- Implantación de la ICV: Porcentaje de ICV del total de interconsultas solicitadas por Atención Primaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los profesionales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_1589 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

Proyecto: 2016_1543 ()

1. TÍTULO

REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL REY LISO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUINTANA GRACIA MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. CLIENTES
· AISA VIÑA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. CLIENTES
· GOMEZ GARCIA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Servicio de Cliente se genera un exceso de papel en los procedimientos administrativos. Con este proyecto se pretende reducir el uso de papel así como mejorar el procedimiento administrativo adapatando el mismo a la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común. En definitiva un beneficio al paciente que mantendrá sus datos clínicos siempre en un soporte informático protegido y seguro, así como actualizados y susceptibles de recuperación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Mejora de la gestión diaria del Servicio de Clientes: Reducción consumo papel en los tramites con los Equipos de Atención Primaria.
2.- Mejora de la calidad en la atención al usuario: Garantizar la Seguridad de datos de salud de los usuarios que establece el Servicio Aragonés de Salud, a traves de un sistema de encriptación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión del Servicio de Clientes, para establecer un procedimiento claro, conciso y simple que permita agilizar el trámite.
Hacer partícipes al personal de Admisión de los centros de salud de Atención Primaria Sector Zaragoza I, a través de una primera reunión para explicarles el proyecto.
Generar una cuenta de correo electrónico corportativa para envío y recepciónd e la documentación telemática. Reunión con el Servicio de Informática.
Evaluación del procedimiento por parte del Servicio de Clientes.
Evaluación del procedimiento por parte del Servicio de Clientes con los Servicios de Admisión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Reducción consumo de papel en un 30%, respecto al mismo periodo de tiempo en el año anterior.
En Procedimientos encriptados, 40% de los procedimientos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones de coordinación y seguimiento del proyecto. 1 por trimestre.
Formación al personal de Admisión de los centros de salud de Atención Primaria Sector Zaragoza I para la implantación del proyecto. 1 sesión

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que no pueden desplazarse clinicamente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1597 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE LLAMAS AGUNDEZ
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARREA GIMENO JOSE LUIS. INGENIERO/A. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA
· CLERENCIA CASORRAN CARLOS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
· MENDI METOLA CAROLINA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
· NAVARRO VITALLA OSCAR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION
· GRAN SERON SANTIAGO. TECNICO/A DE INFORMATICA. DAP ZARAGOZA1. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La comunicación inmediata, el respaldo documental, la información y los recursos disponibles del medio digital a través de redes telemáticas en cualquiera de sus niveles de profundidad, desde Internet a las Redes Corporativas (Intranet's), crece exponencialmente. En una organización de servicios que requiere múltiples facetas de gestión de la información, documentos, registros, formularios, y variadas situaciones de uso, administrativo, clínico, formativo, investigador, así como múltiples niveles de habilidad de los usuarios, puede generar "infoxicacion" en el usuario final y su desestimiento

Esta herramienta pretende dar visibilidad, difusión y accesibilidad en un espacio propio a las diferentes recursos, actividades, información y gestiones que se realiza en el ámbito de la AP en el marco de la intranet del Sector, focalizando en un punto de referencia que disminuya eficazmente la dispersión de los usuarios y los recursos que necesitan para complementar la actividad asistencial diaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
..- Creación de una Web de servicio para Atención Primaria, dirección y Centros, integrada en la Intranet del Sector1
.- Aumentar el impacto de la información y comunicación entre DAP y el personal y las recomendaciones e instrucciones con los profesionales de los Centros y Unidades de AP del Sector, mejorando la diseminación y difusión de la información para una comunicación mas efectiva.
.- Facilitar y desburocratizar la tramitación y gestión de procedimientos y otros servicios generales entre DAP y los centros con el objetivo de mejorar la eficiencia de los procesos administrativos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.- Espacio Web donde se ubicaran los diferentes servicios.
.- Repositorio Documental.
.- Gestor de Documentos
.- Utilidades de búsqueda y entrega de información y Documentos .
.- Utilidades de Servicio: Contadores, Agenda, Tablón ...etc.

1.- Creación del grupo de trabajo: diseño preliminar del Sitio
2.- Operativa de trabajo: selección de contenidos,
herramientas y aplicaciones.
3.-Priorización necesidades y recursos
4.- Cronograma
5.- Diseño interface, y MapaWeb
6.- Utilidades, Servicios y Funcionalidades
7.- Implementacion.

Frente a metodología convencional de diseño de un producto, predictiva y secuencial, basada en procesos, se propone avanzar en el diseño del producto con una metodología ágil basada en incrementos e interacciones de las diferentes fases de diseño, implementación y pruebas como recomienda la Metodología SCRUM para la gestión de proyectos con equipos reducidos y multidisciplinares.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del Sitio Web: Implementacion

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
12 meses: Diciembre 2016-2017

Proyecto: 2016_1597 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

1.-Diciembre 2016
2.-Diciembre –Enero 2016
3; 4.- Enero 2016
5,6,7.- MAYO- OCTUBRE DE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No corresponde
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO MOYA MIGUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RUBIO ORGA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MONTERDE GARCIA LAURA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RACAJ FUMANAL YOLANDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OLIVAR DUPLA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.
Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 6000 registros de pacientes de HNSG que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR).
Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta..
Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de H.Nuestra Señora de Gracia ha decidido depurar este listado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.

Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando sea solicitada por los profesionales que atiendan al paciente..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensuado con la plantilla del Servicio.

En primer lugar se analiza la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas…y se anotará en cada registro de paciente.

Dependiendo de cada situación, se solicitarán las historias a la empresa que custodia pasivo, crearemos sobres nuevos o fusionando documentación entre los sobres.

Se utilizará lo registrado en BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.

Fusionamos las historias en HIS.

Se trabaja con un listado por persona. Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HRV.

Se solicitará a los SS CC un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% HISTORIAS FUSIONADAS: Nº Historias fusionadas / año.

% HISTORIAS PARA FUSIONAR DESPUÉS DE FINALIZAR EL PROYECTO: Nº Historias a fusionar / Nº Historias Creadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo: 01/08/2016

Valoración semestral del Indicador.

Finalización: 31/08/2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión ..... TSLDC
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ BAYOD ROSA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· MATEOS GOSENJE CRISTINA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· VALERO RANDO ROSANA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· RODRIGUEZ SOTO ANA LIA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· OJEDA GONZALEZ MARIA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· PINAR IRANZO JOSE IGNACIO. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· BAQUEDANO ARANDA MARISA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La frecuencia con la que se reciben llamadas al laboratorio en los diferentes turnos sobre el tipo de tubo que tienen llenar para un perfíl analítico o para realizar un tipo de analito específico así como el alto índice de confusión en el tipo de tubo que acaba con otro pinchazo innecesario al paciente, nos hizo pensar en realizar una sencilla aplicación de consulta, la cual permita desde cualquier servicio del hospital tanto la consulta de los tubos a extraer, como la impresión de éstos en el volante analítico para llevarlo hasta la cabecera del paciente y que no haya ningún tipo de error.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar dobles pinchazos a los pacientes.
Evitar gasto inecesario debido a esta repetición de la extracción.
Evitar pérdida de tiempo inecesaria debido a la repetición de este trabajo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una Aplicación de uso sencillo y diseño del volante de analíticas usado en el hospital, en base Excel para que se pueda consultar desde cualquier servicio el tipo de tubos a llenar en una extracción ante la petición de cualquier tipo de analítica, teniendo la posibilidad de imprimir la consulta en el propio volante.
Realizar la correcta difusión de su existencia entre el personal así como un manual de su uso .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A partir del momento en que se cuelgue la Aplicación, mediremos las llamadas a consultar el tipo de tubo a extraer y aquellas analíticas que vienen con errores en el tipo de tubo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO DE 2017 estará preparado el Manual y la aplicación colgada en el sistema par empezar a difundir y a usarla por aquellos usuarios que lo necesiten

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Ahorrar molestias a los pacientes por error en la fase PRE-ANALÍTICA así como ahorro de material y pérdida de tiempo en el personal de enfermería

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cualquier tipo de patología que requiera un estudio analítico de la sangre
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

2. RESPONSABLE ..... BELEN COMET MARTINEZ
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALDEA ALDEA TERESA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· LIESA SAMPER BEATRIZ. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· PEDRAZA BALLARIN NOELIA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· NAVARRO EGEA MARTA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· MONTAÑES CASTRO JENIFER. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· MAINAR NAVARRO ANA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· MATEOS GONSEJE CRISTINA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Laboratorio son muchísimas las veces que después de haber mandado una analítica,el facultativo que realizó la petición decide añadir alguna determinación al perfil que en un principio había pedido. Con el correcto almacenamiento de los sueros se consigue que esa determinación se pueda hacer sin necesidad de realizar una nueva extracción al paciente. Con la gran cantidad de sueros que se almacenan es muy problemático localizar estos sueros y muchas veces aun teniéndolos no se encontraban y se necesitaba una nueva extracción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Localización inmediata de suero de días anteriores para aumentar las determinaciones analíticas a los pacientes acortando el tiempo de respuesta en el resultado.
Almacenamiento de mayor cantidad de sueros en el Laboratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Modificar una de las neveras que se tenía para crear una SEROTECA organizándola por Gradillas, letras y un código de colores que permite almacenar mas cantidad de sueros y se ha apoyado con una APLICACION EXCEL para localizar enseguida el suero que se desea trabajar.
Manual y procedimiento de uso de esta aplicación.
Con esto vamos a ahorrar la molestia de tener que realizar una inecesaria segunda extracción a los pacientes que se desee aumentar las pruebas analíticas en un periodo de 15 dias desde la extracción de la muestra.
Ahorrar tiempo al personal de enfermería de las plantas que no tendran que realizar nueva extracción .
Ganar muchísimo tiempo en la localización de estos sueros de pacientes a los que se les aumenta alguna determinación, ya que muchas veces se tarda mas en localizar el suero que en realizar la prueba analítica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se medirá la cantidad de tiempo ahorrado cada vez que se busque un suero de un paciente de días anteriores, sabiendo cuanto tiempo ganamos en la productividad del personal de laboratorio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero de 2017. Personal formado, Aplicación Excel en el servicio y puesta en marcha de la nueva seroteca

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cualquiera que necesite de un estudio analítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0849 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RINCON GORMEDINO CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RUIZ ROMERO INMACULADA. TEAP. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· GASPAR OCHOA ROSALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· ALEJANDRE FEBREL MILAGROS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de (nombre del Servicio) para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

?Nuestro planteamiento es: Extender la acreditación ISO 15189 a nuevos procesos del servicio (incluir la determinación de HPV en el cribado cervical y la realización de citología en fase líquida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aplicar toda la sistemática de calidad al proceso de detección de HPV.
Plantear la acreditación de este proceso unido al de la citología cervical, tanto convencional como en fase líquida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua. Responsable Javier Mateos Barrionuevo JMB

Aplicar la sistemática al proceso automatizado de obtención del estatus HPV. Responsable IRR, CRG

Aplicar la sistemática de interpretación diagnóstica: Responsables CAM, LBM.

Aplicar la sistemática al sistema de emisión de informes: Responsables RGO, MAF

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creacion de un GRUPO DE MEJORA interno del Servicio pactado con la direccion del Centro (S/N)
Programa de coordinacion de Atencion Primaria -Especializada en un proceso de cribado cervical. (S/N)
Establecer un procedimienmto adecuado de recepcion, tratamiento y archivo de pruebas solicitadas de cribado HPV (S/N)
Redacción del PTA que incluya la citología en fase líquida y el test de HPV (S/N).

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Redacción de los documentos iniciales: hasta febrero 2017
Implantación: Hasta junio 2017
Revisión y modificaciones posteriores: hasta fin de 2017

Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha

Proyecto: 2016_0849 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRUGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA CANO LATORRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CALVO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
· PEREZ GIL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
· VAL MORENO YOLANDA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
· CASALLO MANTECON CONSUELO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad, nuestro hospital está desarrollando una estrategia de gestión por procesos, a raíz de la cual en el bloque quirúrgico, vamos a implantar el listado de verificación quirúrgica dentro del quirófano de ginecología. El objetivo principal es la mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Impantar el listado de verificación quirúrgica segura de la OMS (Check -List) en las intervenciones de ginecología.
Reducir al máximo los efectos adversos evitables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
Realización del listado de verificación quirúrgica segura de la OMS.
Formación al personal quirúrgico.
Evaluación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de intervenciones quirúrgicas en las que se realiza el Check-List/número de intervenciones ginecológicas totales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación del grupo de trabajo, Septiembre-Octubre 2016.
Formación del personal del bloque quirúrgico, Noviembre-Diciembre 2016.
Implementación, Enero 2017.
Evaluación de resultados, tercer trimestre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir los efectos adversos en las intervenciones quirúrgicas.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes quirúrgicas de ginecología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SESE SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SUÑER SUÑER SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ZAERA CARCELLER CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BERNAL BECERRA ANA MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· COMET LOZANO VICENTE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
AUSENCIA DE DOCUMENTO CON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES, QUE PLANTEÓ LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRÍPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.-AUMENTAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES.
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE
-DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
-AUMENTAR LA MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.1ºREUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO.
2º REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
3ºELABORACIÓN DEL TRÍPTICO
4ºDISEÑO DE UNA ENCUESTA DE VALORACIÓN SOBRE EL TRÍPTICO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRÍPTICO
NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
FECHA DE INICIO: OCTUBRE DE 2016
FECHA DE FINALIZACIÓN : ABRIL DE 2017
1º ACTIVIDAD: REUNIÓN DEL EQUIPO EN OCTUBRE DE 2016
2º ACTIVIDAD : REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
3º ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO : ABRIL DE 2017
4º DISEÑO ENCUESTA DE VALORACIÓN: ABRIL DE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE QUIRÚRGICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA VILLANUEVA CAMPAÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEDINA CEREZAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION
· PEREZ GIL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION
· DELGADO YUS MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ANTE EL INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, LA ESPECIALIZACION Y LA MOVILIDAD DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES, RESULTA FUNDAMENTAL DISPONER UNA GUIA VISUAL DE CONSULTA.
UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MAS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. EVITAR LA VARIABILIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
2. SERVIR COMO MEDIO DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN PERMANENTE AL PERSONAL.
3. UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.
4. EVITAR COMPLICACIONES Y DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE RESULTADOS ERRONEOS.
5. FORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. ELABORAR UN MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2. ELABORAR UNA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. EXISTE LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. OCTUBRE 2016: ELABORACIÓN DE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2016: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2017: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2017: EVALUACION

9. OBSERVACIONES.
SERIA RECOMENDABLE PODER CONTAR CON UN Pc (LENOVO 20 PULGADAS, ALL-IN-ONE, TÁCTIL, WINDOWS 7 PROFESIONAL/WINDOWS 10)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERA DE ENLACE
· MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ. NUTRICIONISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· HELLIN GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GASPAR RUZ MARIA LUISA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· DEZA PEREZ MARIA CARMEN. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo. En muchos casos son cónyuges, personas de edad también avanzada, o hijos con escasa formación en la atención a las tareas diarias que sus familiares necesitan.
En nuestro Servicio ha habido en los últimos años diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como atención a los problemas de deglución (grupo de mejora de Disfagia) o recomendaciones para la movilidad a los cuidadores de pacientes con fracturas de cadera o ictus (Fisioterapia Servicio de Rehabilitación). En la “Consulta del cuidador” ubicada en las consultas externas del Servicio de Geriatría, dependiente de una enfermera experta en la atención a pacientes con demencia, se realiza asesoramiento a las familias cuidadoras sobre diversos aspectos de la enfermedad y su manejo.
Creemos importante cualquier iniciativa en este tema de posible implantación tanto en cuidadores de paciente en el entorno hospitalario como ambulatorio (Centros de Salud).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Captación de cuidadores interesados en recibir formación practica sobre como atender al paciente geriátrico dependiente a nivel de hospitalización o en consultas externas del Servicio de Geriatría. Mejora en su nivel de formación y grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formación de un grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.
2. Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico y sencillo de seguir para el cuidador no profesional.
Temas seleccionados:
- Recomendaciones nutricionales. Manejo del paciente con disfagia.
-Movilidad del paciente dependiente.
-Atención a trastornos de conducta en el paciente con demencia.

3. Captación de cuidadores interesados mediante difusión a nivel de hospitalización de nuestro centro y en consultas externas.
4. Realización de 2 cursos de formación a cuidadores en el año: 2º trimestre del año 2016 y 1er trimestre del año 2017, en las aulas de formación del Hospital Nstra. Sra. de Gracia.
5. Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.
6. Se valorara la posibilidad de realización en el entorno de Atención Primaria Centros de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Numero de cuidadores que han acudido a consultas de formación/cuidadores de pacientes hospitalizados X 100

-Numero de cuidadores con alto grado de satisfacción con el curso realizado/cuidadores que han recibido formación X 100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.Preparación curso, captación cuidadores y 1ª sesión: Ultimo trimestre 2016
2.Captación cuidadores. Segunda sesión formación: Primer trimestre 2017.
3.Encuesta satisfacción.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

Proyecto: 2016_0137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Desnutricion Disfagia, Inmovildad, Demencia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0225 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GUAJARDO SINSUA INMACULADA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LETOSA BOLEA VICTORIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde los años 70 el Hospital de Día Geriátrico es un nivel asistencial bien conocido por Geriatras, Rehabilitadotes, y Médicos de Atención Primaria de nuestro sector. En la era del paciente pluripatológico consideramos clave tanto difundir este recurso de atención multidisciplinar y recuperación funcional, como mejorar la información disponible al respecto, con el objetivo de optimizar los recursos disponibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mayor derivación, mejoría adecuación de pacientes derivados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración y difusión de material informativo (tríptico, carteles…) en colaboración entre personal médico, enfermería y terapia ocupacional, sesiones formativas, hospitalarias y en Atención Primaria, organización de jornadas divulgativas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Descripción en periodo previo y posterior al proyecto de los siguientes indicadores: Número de pacientes nuevos. Pacientes candidatos/total derivados. Índice de ocupación. Índice de pacientes nuevos corregido (IPNC).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre-diciembre 2016: Elaboración de material informativo (tríptico, carteles)
Diciembre 2016-abril 2017: Difusión de tríptico, sesiones de formación hospitalarias y Atención Primaria.
Abril-mayo 2017: Jornadas divulgativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Continuidad atención al paciente pluripatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DEZA PEREZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· BIBIAN GETINO CLARA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· CAÑADA MILLAN JOSE LUIS. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención a las personas con enfermedades crónicas y dependientes supone una prioridad en las políticas sociosanitarias. Los Equipos de Atención Primaria tienen un peso muy importante en esa labor asistencial. La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para la mayoría de los Sistemas de Salud y, especialmente para la atención de procesos crónicos complejos en los que intervienen múltiples profesionales. Hemos querido conocer la opinión de los EAP, profesionales con los que compartimos el proceso asistencial del paciente geriátrico, sobre el funcionamiento de las consultas de Geriatría, para analizar posibles puntos de mejora y ofrecer una asistencia de mayor calidad. Supone una oportunidad de acercamiento con Atención Primaria.

-Bibliografía:
1. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud en el marco del abordaje de la cronicidad 2014.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a. Analizar la valoración de Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de unas consultas externas de Geriatría.
b. Conocer los motivos más frecuentes de derivación.
c. Mejorar la comunicación entre consultas de Geriatría y EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una encuesta que se pasará a médicos de Atención Primaria. Se contactará vía telefónica para solicitar colaboración en el estudio, con los diferentes médicos coordinadores de los Centros de Salud que con mayor frecuencia remiten pacientes a las consultas de geriatría. Posteriormente un profesional médico de nuestro servicio acudirá a cada centro de salud para que el personal médico cumplimente la encuesta y se les facilitará la posibilidad de proponer propuestas de mejora sobre cualquier tema en relación con nuestro servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Número de médicos AP de un C. Salud que cumplimentan la encuesta/ nº total de médicos AP de dicho centro de Salud.
b. Número de encuestas con cumplimentación del apartado “de propuesta de mejora”/número total de encuestas realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a. Octubre 2016-Marzo 2017: Contacto con coordinadores de centro de Salud y visitas a los distintos centros para pasar encuesta de valoración.
b. Abril 2017: Análisis de los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatologia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BALLESTERO DELGADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE MORUGA BEGOÑA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· REGAÑO JIMENEZ BEATRIZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· REYES MONCLUS PATRICIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Geriatría actualmente consta de 20 habitaciones. La capacidad total de pacientes es 39 y casi todos los días hay altas e ingresos. Son por lo general, pacientes muy dependientes a los que atender en cada turno de trabajo.
Al ingreso del paciente es conveniente explicarle a él y a sus familiares el funcionamiento de la planta.
Actualmente, la información que se da a los pacientes y familiares en el momento del ingreso resulta insuficiente a la vista de las repetidas incidencias:
- Repetición de las mismas dudas/preguntas por parte de familiares y cuidadores.
- Caída de objetos por la ventana.
- Desaparición de material hospitalario.
- Falta de lencería en la planta.
Por todo ello detectamos la necesidad de hacer llegar una gran cantidad de información al paciente, familiares y cuidadores de una manera más efectiva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Dar la bienvenida y que la estancia del paciente en el hospital sea lo más grata y confortable posible.
• Dar a conocer unas normas y recomendaciones a los pacientes y su entorno familiar del funcionamiento y organización de la planta.
• Proporcionar a los pacientes, familiares y cuidadores una mejor atención sanitaria y evitar que ocurran incidencias no deseadas.
• Intentar involucrar a la familia en los cuidados de su familiar.
• Mejorar la calidad de la atención de los pacientes.
• Promover una vida lo más autónoma posible.
• Mejorar la imagen de nuestro servicio y de nuestro Hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Detección del problema
-Documentación mediante otros trípticos hospitalarios.
-Reunión de equipo multidisciplinar para consensuar criterios.
-Elaboración del tríptico y cartel según las necesidades detectadas: El triptico consta de: Portada - Quiénes somos,Al ingreso,Durante la estancia:(Habitación-Aseo-Comidas-Tratamiento-Visitas), Al alta hospitalaria.
El cartel informativo Recoge una serie de normas básicas de convivencia para general conocimiento de pacientes y familiares.

-Presentación oficial del tríptico y el cartel en el servicio de Geriatría.
-Colocación del cartel informativo en todas las habitaciones en un lugar visible.
-Distribución del tríptico. (Entrega del mismo en el momento del ingreso del paciente)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Monitorizaremos mediante encuesta corta si los contenidos del tríptico y el cartel son los adecuados y resultan útiles.
-Número de pacientes\familiares que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x100
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información dada en el tríptico/Número de pacientes que reciben el tríptico x100
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información dada en el cartel informativo/Número de pacientes ingresados en un periodo x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2016: Creación del grupo de trabajo.
Abril 2016: Elaboración del Tríptico y cartel.
Mayo 2016: Presentación y aprobación del tríptico en la unidad.
Junio 2016: Colocación de los carteles en las habitaciones y se inicia la distribución del tríptico al ingreso del paciente.
Octubre 2016: Elaboración de la encuesta.
Pendiente recogida de datos y análisis de los resultados. Periodo probable Noviembre-Diciembre-Enero.

9. OBSERVACIONES.
Dado que en Diciembre-Enero nos encontramos con un periodo de festividades y siempre hay cambios importantes en

Proyecto: 2016_0467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

el servicio de Geriatria en este periodo, estamos valorando la posibilidad de realizar la recogida de datos y analisis de los resultados en los 3 meses posteriores, es decir, Febrero-Marzo-Abril.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatologia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANAYA GIL TERESA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· BELTRAN VICENTE ESTELA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· MORLANES NAVARRO TERESA. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LAFUENTE MORUGA BEGOÑA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERIA DE VALORACION
· VELARTE MOLINER ALICIA. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Como continuación de las actividades de mejora que hemos desarrollado en años anteriores respecto a pacientes con ACV y la atención a sus cuidadores, este año pretendemos implementar la fase de planificación del alta hospitalaria que empezamos durante el año anterior. El proyecto "actualización de los cuidados del paciente con Ictus" este año lo hemos dividido en dos fases, así como en dos grupos de mejora. (I) Más enfocado a la fase inicial (II) Planificación del alta hospitalaria. Pretendemos ser un grupo multiprofesional para abordar todas las necesidades y cuidados que necesita este paciente y su cuidador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Anticipar soluciones a los problemas que se van a encontrar paciente y cuidador en la vuelta al domicilio.
Adaptación del entorno del paciente a su nueva situación funcional: adaptaciones domiciliarias, ayudas técnicas.
Dotar al cuidador de estrategias básicas de manejo postural del paciente para poder realizar las actividades de la vida diaria con seguridad para ambos.
Maximizar las capacidades del paciente para recuperar funcionalidad.
Informar a los cuidadores sobre los recursos que existen en la comunidad a los que pueden acudir tras el alta.
Crear un procedimiento de comunicación entre los servicios de Rehabilitación y Geriatría que permita transmitir y recibir información precisa y actualizada sobre los avances del paciente, riesgos y necesidades concretas, en la que participen todos los profesionales que estén implicados en este proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difundir la guía elaborada en años anteriores para pacientes y cuidadores y convertirla en herramienta de consulta para estos. Establecer y clarificar los medios por los cuales ha de llegar la guía a manos del paciente y su cuidador.
Sesión clínica informativa sobre la puesta en marcha de esta iniciativa dirigida a todos los profesionales que trabajan con estos pacientes para explicar los objetivos del programa y solicitar colaboración.
Seguimiento individualizado de cada usuario en su habitación para aplicar la información recibida según las necesidades individuales de cada usuario/cuidador. Realización encuesta satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº de familiares que reciben asesoramiento en la habitación / nº de pacientes con diagnóstico ACV dados de alta vivos que no vayan a residencia (70%).
nº de encuestas de satisfacción positivas/ nº de encuestas de satisfacción totales realizadas (75%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
NOVIEMBRE: Se realizarán las primera reunión del equipo de mejora para determinar objetivos y repartir tareas.
DICIEMBRE: Sesión clínica informativa para los profesionales de los servicios implicados.
ENERO: Comenzar sesiones individualizadas y cómputo de indicadores.
FEBRERO: Segunda reunión equipo de mejora para elaborar primeras conclusiones y plantear cambios de estrategia si fuese necesario.
JUNIO: Recogida de datos indicadores y elaboración de conclusiones.
SEPTIEMBRE: Entrega de memoria y conclusiones.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto supone la continuidad del anterior "PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR INGRESADO CON ACV. PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA".

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0855 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRANDO LACARTE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LARREA GIMENO JOSE LUIS. INFORMATICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. INFORMATICA
· GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ASIN MARTIN MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN. MIR 1º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA LUCIA. MIR 1º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SCHADEGG PEÑA DANIEL. MIR 1º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención al paciente necesitado de cuidados paliativos continúa siendo un reto en aspectos: organizativos, asistenciales y en, el primer paso para recorrer la hoja de ruta en equidad y preservar los derechos de usuarios, su identificación y visualización en todos los recursos asistenciales potencialmente tributarios. En la anterior convocatoria presentamos y fue seleccionado el proyecto nº 545. El nuevo Coordinador del Departamento de Informática del Sector I estudió la posibilidad de aplicar la base en nuestro centro, con modificaciones dado que la intranet común está subdividida por centros y los datos ligados al NHC identificativo de centro. Confirmó que para su aplicación requería una refundación de la base y analizamos el impacto/potencia de distribución en los dispositivos asistenciales del Sector I. En estos términos el coste/beneficio de su aplicación resultaba alta. La progresión del uso de la Historia Clínica Electrónica en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria está experimentando un crecimiento exponencial con satisfacción manifiesta de sus usuarios. El grupo de mejora establecido está plenamente convencido que la elaboración de informes específicos de alta es una oportunidad para favorecer la visualización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ante la imposibilidad de utilizar la base de datos elaborada por la Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados Paliativos del Sector I, por los motivos técnicos argumentados el equipo de mejora analizó pacientes dados de alta en un periodo de 6 meses y que hubiesen sido codificados V66.7.
Del 01/09/2015 al 20/04/2016 dimos de de alta 593 pacientes. 114 paciente se codificaron como V66.7. Solo dos pacientes fueron codificados con V66.7 sin existir referencia directa en el informe de alta. Revisando la HCE de todos los pacientes en OMI solo el 22,8% identificó un diagnostico previo tributario de cuidados paliativos. El procedimiento V66.7 se identificó en el apartado de diagnostico secundario en 65,8% y la necesidad de los mismos en el 76,3% de las evoluciones realizadas. La mortalidad intrahospitalaria fue 58,8%. Los pacientes dados de alta por mejoría solo quedaron registrados en OMI en el 19,1% y por tanto visibles en la HCE de forma directa en la pestaña de sumario clínicos.
Con los resultados de este trabajo concluimos sobre los resultados que se planteaban en el proyecto previo 545 (2015):
1. Difusión del código V66.7/CIAP A99: satisfacción de la difusión dentro del Servicio de la utilización del código V66.7, aunque con posibilidades de mejora. La poca utilización del código CIAP A99 en Atención Primaria de los pacientes derivados. Indicador: Nº pacientes V66.7/Nº pacinetes codificados = 65,8% (estandar 30%).
2. Promover el uso del código: satisfaccción.
3. y 4. Adecuar el registro e inclusión de los pacientes en el mismo: tras el análisis de Coordinador del Departamento de Informatica concluye que las tareas requeridas son de tal magnitud y hacen difícil su aplicación en diferentes niveles asistenciales que su coste/beneficio es altísimo y por tanto no justificable. Indicador: Nº pacientes incluidos/Nº pacientes codificados 0% (estándar 30%).
5.La calidad del registro en el Servicio es buena pero no vemos que se vea reflejada en otros recursos asistenciales.
6. Los residentes colaboran en la elaboración de altas siempre bajo supervisión de un adjunto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Difusión e información a los profesionales del servicio. Sesión de formación acreditada en noviembre de 2016.
2. Creación de informe de alta específico (más formulario) para pacientes subsidiarios de cuidados paliativos (V66.7/CIAP A99).
3. Incorporación de un facultativo de Atención Primaria para seguimiento y detección de debilidades y fortalezas.
4. Descarga directa de los informes de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención Primaria: flujo de información y planificación de actuaciones.
5. Sesiones ofertadas a todos los Equipos de Atención Primaria del sector I.
5. Análisis de las altas codificadas (V66.7) y los informes específicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Realización de sesión informativa en el servicio de Geriatría. Estándar 100%.
2. Configuración del formulario. Estándar 100%.
3. Informes en buzón de Atención Primaria. Transcripción a OMI. Indicador Nº de informes emitidos/nº de asientos en OMI. Estándar 30%.

Proyecto: 2016_0855 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

4. Sesiones realizadas en Atención Primaria. Indicador: nº de sesiones/nº de centros de AP sector I. Estándar: desconocido.
5. Indicador: Altas de pacientes V66.7/CIAP A99/altas médicas codificadas con V66.7. Estandar 50%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Sesión informativa acreditada: noviembre de 2016.
2. Primer trimestre de 2017: elaboración de formulario e informe de alta de paciente (V66.7/CIAP A99).
3. Segundo trimestre de 2017 puesta en marcha de informes de alta y sesiones informativas en centros de Atención Primaria/ESAD.
4. Evaluación de resultados: primer y segundo trimestre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención a pacientes con enfermedades en fase avanzada. continuidad de cuidados.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1789 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA (H NTRA SRA DE GRACIA)

2. RESPONSABLE ..... ERNESTO GARCIA-ARILLA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención al paciente necesitado de cuidados orientados a paliar los síntomas en la etapa final de muchas enfermedades continúa siendo un reto en aspectos organizativos y asistenciales. El objetivo de este proyecto es fomentar la consecución de una muerte digna, utilizando los medios que disponemos, procedimentando cada una de las necesidades del paciente y disminuir, en la medida de lo posible, el sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares y los profesionales sanitarios que les atienden. Y en los casos que sea preciso mantener una continuidad asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Las circunstancias que rodean la muerte de una persona no sólo son importantes para quien se va, sino también para quienes se quedan. El objetivo de este proyecto en comprender mejor cuales son aquellas necesidades del paciente y los familiares en los últimos días de su vida, para poder ayudar a un buen morir.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Se incluirá entre los tratamientos predeterminados del sistema farmacéutico de prescripción electrónica con dos objetivos, el primero facilitar la prescripción de los fármacos más habituales y segundo para mejorar la seguridad clínica por la administración de dichos fármacos, por las alertas en caso de errores en dosificación o interacciones farmacológicas.
2- Se llevará a cabo un plan de cuidados de enfermería al paciente agónico por necesidades según el Modelo de Virginia Henderson. El procedimiento será elaborado por un grupo de trabajo constituido por profesionales de las Unidades de Medicina y Geriatría. Revisado por la Comisión de Cuidados del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Posteriormente será presentado en sesión conjunta a las dos Unidades Clinicas.
3- Difusión e información a las profesiones del Servicio (sesión acreditada Noviembre 2016).
Creación del informe de alta específico. Sesión con los equipos de atención primaria del sector I.

El proyecto se desplegará en tres objetivos principales :
1-Elaboracion de un protocolo específico de fármacos para el control de síntomas de pacientes con tratamiento paliativo.
2- Puesta en marcha de un procedimiento de cuidados en el paciente agónico por parte del equipo de enfermería y auxiliares. Con el objetivo de potenciar el bienestar y el confort físico y emocional del paciente en los últimos días de vida del paciente, contribuyendo a disminuir el sufrimiento del paciente y con apoyo a los familiares y cuidadores para conseguir una muerte digna.
3-Elaboracion de informes específicos de alta, en aquellos pacientes subsidiarios de continuar con los cuidados paliativos en el domicilio del paciente (V.66/CIAP A99).
Se emitirá una descarga directa del informe de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención Primaria para mayor flujo de información y planificación de actuaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• La evaluación se llevará a cabo mediante una encuesta de satisfacción a los profesionales y a los cuidadores principales.
• Numero de informe emitidos /número de asientos en OMI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión informativa- Noviembre 2016
Elaboración del procedimiento – Nov 2016-Ene 2017
Inclusión del tratamiento predeterminado en prescripción electrónica- Dic 2016.
Elaboración del formulario e informe de alta – primer trimestre 2017
Puesta en marcha del proyecto- abril 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fase terminal de enfermedad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0878 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOZANO ORTIZ ROBERTO. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· ABAD OLMOS ANA LAURA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PEREZ LAYO ANGELES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. CS SIGÜENZA. ATENCION PRIMARIA
· MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El personal sanitario conocemos que los fármacos anticoagulantes orales clásicos presentan numerosas interacciones con otros fármacos frecuentemente empleados. Por ello, en los pacientes anticoagulados, los profesionales sanitarios valoramos con cautela la introducción de nuevos fármacos, ya sea de forma puntual, o como tratamiento a medio y largo plazo.
A pesar de ello, desde el Servicio de Farmacia de nuestro centro, debido a la disponibilidad de la prescripción electrónica asistida (PEA) para los pacientes hospitalizados, es posible detectar aún el uso concomitante de fármacos que, potencialmente, pueden interactuar de forma significativa con el tratamiento anticoagulante oral. Estos tratamientos concomitantes pueden elevar el riesgo de complicaciones de los anticoagulantes orales o modificar su eficacia, por lo que, nos parece de interés desarrollar un sistema sencillo y ágil de comunicación con el médico prescriptor, que mejore el sistema de aviso que actualmente se utiliza.
Actualmente se usa la llamada telefónica desde el Servicio de Farmacia al servicio hospitalario en el que está ingresado el paciente, intentando localizar a su médico responsable; con todas las limitaciones y dificultades que ello supone, así como el elevado consumo de tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evitar que a los pacientes hospitalizados que reciben tratamiento anticoagulante oral se les administren fármacos concomitantes que pueden producir interacciones clínicamente significativas con los anticoagulantes orales.
- Analizar cuales son las interacciones mas detectadas y proponer protocolo de intervención, que incluya alternativas terapéuticas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Primera fase (3 primeros meses):

- Análisis y cuantificación de las interacciones farmacológicas clínicamente relevantes.
- Desarrollo del protocolo de intervención: hoja informativa de alerta farmacológica diseñada específicamente para cada interacción, que se entregará en mano al médico responsable del Servicio donde esté ingresado el paciente.

Segunda fase (siguientes meses):

- Implementación del protocolo de actuación mediante la inclusión de las correspondientes alertas y/o ayudas en la PEA.
- Recoger datos de los meses postintervención, para valorar si este modelo de alarma de interacción farmacológica, modifica la frecuencia de estas asociaciones farmacológicas no deseables.

Tercera fase:

- Análisis del impacto de la intervención

ASIGNACION DE TAREAS:

- Farmacéutico: recoger que pacientes llevan tratamientos concomitantes (y cuales son estos fármacos) con los diversos anticoagulantes orales, que pueden interactuar de forma significativa. Esta recogida de datos se realizará a través de la PEA del Servicio de Farmacia.
- Hematólogo, Médico de Familia y Enfermera: valoración de la relevancia clínico-biológica de la asociación de dichos tratamientos.
- Farmacéutico y Hematólogo: elaborar la hoja informativa de alerta sobre la interacción farmacológica.
- Enfermera, Hematólogo y Farmacéutico: remisión y distribución de la hoja informativa de la interacción al responsable del Servicio donde está ingresado el paciente.
- Farmacéutico: implementación de las alertas y ayudas de las interacciones en la PEA.
- Hematólogo, Farmacéutico, Médico de Familia y Enfermera: valoración final de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_0878 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

- Número de interacciones detectadas en los 3 meses preintervención / interacciones detectadas en los 3 meses postintervención.

- Numero de interacciones implementadas en la PEA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De diciembre 2016 a febrero 2017, recoger datos, a través de la PEA del Servicio de Farmacia del hospital, para:
- detectar y cuantificar el número y tipo de interacciones farmacológicas significativas relacionadas con el tratamiento anticoagulante oral
- recoger, de forma concomitante, la repercusión clínico-biológica relacionada con la interacción
- realizar la intervención

Marzo 2017:
- No se recogerán nuevos casos durante este mes.
- Completar recogida de datos de los casos ya incluidos.
- Se dará tiempo para que las hojas informativas de alarma farmacológica sean tenidas en cuenta por los médicos.

De abril 2017 hasta finalizar:
- Seguir recogiendo (número y tipo) datos sobre interacciones farmacológicas significativas en estos pacientes.
- Durante este periodo ya no será obligatoria la elaboración envío de la hoja informativa de alarma.
- Procesamiento de los datos recogidos.
- Valoración final de si la intervención realizada modifica la frecuencia de estas asociaciones farmacológicas no deseables.
- Elaboración de los resultados del trabajo.

9. OBSERVACIONES.
José Luis López-Coronado es Médico de Familia, que trabaja de PEAC en CS Sigüenza (Guadalajara) y colabora con nosotros en trabajos relacionados con Coagulación y también va a colaborar en éste.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA"-IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· RIDRUEJO SAEZ RAQUEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· IRIARTE RAMOS SONIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La eficacia de los antibióticos en la reducción de la morbimortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Además, son los únicos fármacos con efectos ecológicos, pudiendo contribuir a la aparición y diseminación de resistencias bacterianas. Estas resistencias se han convertido en un problema de salud pública de primer orden al incrementan exponencialmente la morbimortalidad, las estancias y el consumo de recursos sanitarios. Aproximadamente el 40% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos durante algún periodo de su estancia. Muchos se prescriben en combinación y durante largos periodos, llegando a suponer el 50% del gasto farmacéutico en estas Unidades. La decisión de qué antibiótico/s usar, a qué dosis y durante cuánto tiempo, con frecuencia no se rige por protocolos ni guías de práctica clínica, sino por actuaciones repetidas dentro del equipo que se convierten en hábitos. Además, estas terapias iniciales no suelen ser desescaladas y se mantienen en ocasiones injustificadamente, dando lugar a un uso inadecuado de los antibióticos, aparición de resistencias y gastos hospitalarios innecesarios.
La implantación de Programas de Optimización del uso Antibiótico (PROA) se inició en el año 2012 tras la creación y publicación de un Documento de Consenso apoyado por distintas Sociedades Científicas. Actualmente más del 50% de los hospitales tienen un PROA institucionalizado cuyo objetivo es estandarizar el manejo de las infecciones siguiendo protocolos basados en la evidencia. Estos programas pretenden incrementar la seguridad y la calidad asistencial y además están demostrando excelentes resultados en reducción del gasto farmacéutico.

- Priorización del problema según Método de Hanlon.
- Situación de partida: Nuestro equipo ha detectado en su praxis una gran variabilidad en las pautas de manejo antibiótico atribuible al elevado nº de antimicrobianos disponible, al gran volumen de información no siempre fácil de interpretar, y la falta de protocolos que guíen esta actividad. La literatura demuestra que en ausencia de protocolos un 30-50% de las pautas pueden ser significativamente mejorables. Consideramos por tanto necesario el diseño e implantación de un programa de adecuación de la terapia antibiótica en UCI siguiendo las recomendaciones del PROA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Objetivos generales:
1- Reducir el consumo de antibióticos sin empeorar los resultados clínicos.
2- Perseguir mejora de estos resultados con la optimización de la terapia.
3- Minimizar los efectos adversos, en particular la aparición de resistencias.
4- Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces en UCI.

• Objetivos específicos:
1- Mejorar la adecuación de la antibioterapia empírica.
2- Suspensión precoz si no se demuestra proceso séptico.
3- Favorecer el tratamiento dirigido.
4- Evitar tratamientos innecesariamente prolongados.

• Objetivos futuros:
Institucionalizar y extender el PROA a todo el ámbito hospitalario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Creación de un grupo de trabajo encargado de poner en marcha el proyecto.
2- Actividades de concienciación sobre la necesidad del uso racional de antibióticos.
3- Creación y análisis de un grupo control durante los seis primeros meses del Proyecto y previo a la implantación del Protocolo.
4- Monitorización y registro de la selección de gérmenes, aparición de multirresistencias e infección nosocomial durante todo el proyecto.
5- Confección de un protocolo integral de uso racional de antibióticos en UCI.
6- Implantación del protocolo al sexto mes de inicio del Proyecto.
7- Revisión, registro y análisis del cumplimento de los protocolos.

Proyecto: 2016_0329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA"-IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

8- Estudio comparativo del grupo control pre-protocolo con el grupo-protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Indicadores de implementación de medidas de cumplimiento de protocolo:
1- Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previo al tratamiento / elección de antibiótico-s empíricos / ajuste según función renal / desescale según antibiograma / duración de la terapia.
2- Tasa de cumplimiento completo del protocolo.

• Indicadores destacados de proceso y resultado a analizar en los dos grupos:
1- Estancia media
2- Proporción de pacientes con antibióticos sobre el total de pacientes
3- Días totales de antibióticos
4- Días totales de terapia antibiótica combinada
5- Tasa de cultivos positivos
6- Tasa de multirresistencias
7- Tasa de infección nosocomial
8- Gasto farmacéutico en antibióticos

- Evaluación longitudinal con recogida y análisis de datos de forma periódica. Siguiendo las recomendaciones del PROA y sin pretender medidas impositivas, se considerará patrón de oro el cumplimento de indicadores de implementación > 90%

- Responsables: Equipo médico y Equipo de enfermería de UCI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016-17:
- Octubre-marzo 2016:
Difusión y puesta en marcha. Recogida de datos del grupo control. Confección de un protocolo integral de uso racional de antibióticos.
- Marzo16-octubre17:
Recogida de datos, análisis de resultados y fin de proyecto.
- Reuniones de grupo trimestrales y actividades educativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM LAFUENTE MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· JORGE GARCIA RUTH NOEMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· PORRAS MOLINA VALENTIN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· CRUZ PALACIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· RIDRUEJO SAEZ RAQUEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· TARRERO LOZANO MARIA CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Introducción:
Cada 5 años, el ILCOR, el órgano internacional responsable de la coordinación y actualización de los aspectos relacionados con la reanimación cardiopulmonar (RCP), publicó el octubre de 2015, las nuevas guías de actuación en RCP.
Los datos respecto a las paradas cardiacas (PCR) no se han modificado y siguen representando un problema importante. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos precisan de RCP. La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.
Ahora, la apertura de los Servicios de Medicina Intensiva hacia el resto de áreas de los hospitales está cobrando relevancia. Con la creación de equipos de respuesta rápida, puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR, acortando los retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de la supervivencia hospitalaria", con medidas como:
-Detección y tratamiento tempranos de las situaciones susceptibles de desencadenar una PCR
-Reconocimiento precoz de la PCR por el personal de enfermería
-Aplicación precoz y adecuada de las técnicas de soporte vital básico (SVB)
-Desfibrilación temprana, con la utilización por el personal de la desfibrilación semiautomática (DESA) fuera de las Áreas de Críticos (UCI)
-Inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado
-Instauración de cuidados postreanimación de calidad e ingreso temprano en la UCI
El Plan Nacional de RCP elaboró en el año 2005 una serie de recomendaciones sobre RCP, entre las que se encuentra desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico para el personal sanitario y no sanitario del hospital.
Este año, además, actualizado con las Guías ILCOR 2015.
La técnica usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido brainstorming:
-Registro de indicadores de calidad en Medicina Intensiva
-Registro de indicadores de calidad en Cardiopatía Isquémica
-Plan de detección de donantes de órganos y tejidos
-Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería
Métodos de detección y de priorización empleados:
-Parrilla de análisis
-Matriz decisional
Situación de partida y resultado obtenidos:
La situación de partida es la existencia de un programa de formación en RCP en nuestro centro, puesto en marcha por este grupo hace 3 años, pero con una amplia demanda que ha hecho imposible que llegue a todo el personal del hospital, así como que sea incluído en las Acciones Formativas del Sector I.
Además, la publicación de las nuevas Guías de RCP del ILCOR 2015 hace necesaria una actualización de las charlas formativas.
Se han realizado 3 ediciones de este plan, de 3 sesiones cada una de RCP básica (segunda y terceras ediciones incluyeron manejo del DESA), lo que ha sido insuficiente, ya que quedan en lista de reserva pendiente de formar más de 20 profesionales del Centro.
Causas:
Las posibles causas de la no llegada a todo el personal, según Ishikawa, fueron:
*Falta de sesiones formativas por imposibilidad temporal
*Falta de formación en seguridad del paciente del profesional sanitario
*Rotación excesiva del personal sanitario
Fuentes de información:
La principal fuente de información fueron los datos recogidos por los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar:
*Revisión de la bibliografía referente a seguridad del paciente
*Observaciones de los equipos de enfermería y de medicina
*Plan Nacional de RCP
*Recomendaciones ILCOR 2015
*Encuestas de satisfacción a los participantes

Proyecto: 2016_1082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliar el Plan de Formación, ya que no ha llegado de manera completa
Reedición de 2 sesiones del curso de RCP básica, a lo largo del año 2016-2017, junto con charlas para las Acciones Formativas del Sector I
Elaboración de un Plan Hospitalario de RCP, una vez esté todo el personal formado y un grupo de trabajo estable
Acreditación de los cursos
Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR hospitalaria
Mejorar el reconocimiento de situaciones de riesgo
Ayudar a los profesionales de nueva incorporación
Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Plantear un plan de formación con las nuevas ediciones del curso que se irán desarrollando a partir del segundo semestre del 2016 y primer trimestre del 2017.
Elaborar un calendario de actuaciones.
Cumplir el calendario y registrarlo.
Responsables:
Los responsables son el equipo médico de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Servicio de Urgencias del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, los cuales evaluarán las charlas realizadas, la formación del personal y medición de los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
*Grado de asistencia.
*Grado de cumplimentación del calendario.
*Grado de satisfacción de los participantes en la actividad.
Constatar la realización del plan.
Elaborar un calendario de formación.
Implantarlo y registrar el porcentaje de personal que recibe formación y su opinión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: noviembre 2016.
Fecha de finalización: marzo 2017.

9. OBSERVACIONES.
El nivel de satisfacción de los participantes ha sido excelente en todas las sesiones, repitiendo como única observación la necesidad de ampliar el Plan.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RCP, detección precoz
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MESA LAMPLE PILAR. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE. TEL. H NTRA SRA DE GRACIA. LABORATORIO
· MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la unidad de ortogeriatría del sector I, situada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia la prevalencia de pacientes potenciales de ser receptores de una transfusión es elevada debido a la propia patología del paciente (Fractura de fémur proximal que implica en muchos casos el riesgo de hemorragia por el propio traumatismo) así como a la intervención de reducción de la fractura.

Al realizar la solicitud de hemoderivados en pacientes hospitalizados una incorrecta cumplimentación del volante de solicitud puede hacer que en ocasiones contemos con determinadas unidades de concentrados sanguíneos que en realidad no existen. Por ello la elaboración de un protocolo de cumplimentación de dicha solicitud hace que todo el personal implicado conozca cómo proceder en las diferentes situaciones que se pueden presentar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Qué todos los profesionales del servicio de Geriatría conozcan la existencia del protocolo
- Qué todos los profesionales del servicio de Geriatría acudan a la sesión formativa sobre el mismo
- Qué no se devuelvan solicitudes de hemoderivados por una incorrecta cumplimentación
- Que no existan errores en la disponibilidad de hemoderivados por no haberse reflejado el plan de uso adecuado o la fecha de intervención

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un protocolo de solicitud de hemoderivados junto con el servicio de laboratorio
- Difusión del mismo entre el personal del servicio de Geriatría a través del formato de sesión clínica o en las reuniones de equipo
- Difusión del mismo entre el personal del servicio de laboratorio
- Registro de las posibles incidencias que puedan surgir durante la implantación o uso del mismo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de profesionales formados sobre el nuevo protocolo
- Número de incidencias y tipo surgidas durante la implantación del mismo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre 2016: Elaboración del protocolo
- Noviembre 2016: Difusión del mismo
- Octubre de 2017: Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fractura de femur proximal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL.PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· RIVAS PALOMA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LABARTA CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía de la poliposis nasosinusal tiene el inconveniente de la diátesis hemorrágica, por lo que es preciso realizar vasoconstricción previa que disminuya el sangrado y facilite la entrada del instrumental quirúrgico.
En la situación de partida, se realiza con torundas impregnadas en solución de tetracaína más adrenalina, lo que puede originar molestias al paciente por lo que se efectúa bajo anestesia general. La utilidad de dicho protocolo es prioritaria para la organización del servicio ORL ya que se disminuye la duración de la intervención de poliposis y el riesgo de epìstaxis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Disminución del tiempo de anestesia general con el consiguiente ahorro de fármacos anestésicos, lo que también implica acelerar la recuperación postquirúrgica con posibilidad de adelantar el alta
2. Aumento del número de pacientes intervenidos en ORL por sesión quirúrgica y mejora del índice de ocupación quirúrgica
3. Disminución de la demora en la lista de espera quirúrgica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica sobre la preparación de los pacientes con poliposis.
Mantener reuniones en el Sº de ORL, para la creación de un protocolo de actuación consensuado.
Reuniones de seguimiento para valorar el grado de cumplimiento del protocolo y análisis de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización e implementación del protocolo.
% de pacientes con vasoconstricción y corticoterapia general previa a la cirugía de poliposis antes de la entrada a quirófano.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hasta Junio de 2017: reuniones, lluvia de ideas y otras herramientas de calidad para crear el protocolo
De junio de 2017 a final de 2017: implementación del protocolo
Diciembre 2017: evaluación de indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1787 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTREGA DE INFORMACION PERIOPERATORIA A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA NASAL. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017.

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE DE FRANCISCO GARCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· RIVAS GARCIA PALOMA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARAO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERRERO EGEA ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LABARTA VIÑALES CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.

El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.

Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones del servicio para consensuar un documento que especifique las pautas de normalidad en este tipo de cirugía, así como los procedimientos a seguir en el cuidado
postoperatorio.
Se divulgara entre todos los miembros del servicio y se estipulara la entrega del documento al paciente en su ingreso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del documento
Evaluación de la recepción de la informacion por los pacientes mediante encuesta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones de preparación abril 2017
Propuesta de documento y discusión junio 2017
Diseño de tríptico septiembre 2017
Puesta en marcha de la entrega a pacientes octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0850 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES MUÑOZ CALVO
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOMEO FERRER MONICA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· GRACIA REDONDO ANA CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· SORO RAMIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· BERNAD POLO JUAN MANUEL. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los TA son un grupo de trastornos psiquiátricos de alta incidencia, prevalencia y de larga evolución
Para dar respuesta a esta patología en nuestra comunidad Autónoma en el año 2000 se crea la unidad de referencia de TCA ubicada en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.
Debido a las reformas habidas en el Sector I en la organización del servicio de psiquiatría en julio de 2012 se realiza la unificación de la UTCA con la UTP ubicada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia. Esta unificación supuso una reducción del espacio físico de las instalaciones del HD y también otros cambios en el proceso asistencial de la unidad.
Los pacientes que participan en el programa de hospitalización parcial se caracterizan por un nivel de gravedad que les impide realizar un tratamiento de manera ambulatoria y/o situación familiar compleja. Hay una elevada comorbilidad con trastornos de personalidad lo que implica que son pacientes con mayor gravedad y peor respuesta al tratamiento.
La adherencia al tratamiento es un aspecto clave en el abordaje de estas patologías, dado el alto índice de abandono que presentan estas pacientes y la vivencia subjetiva de ambivalencia que sienten frente al tratamiento. Por ello pensamos que conocer la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del HD acerca de la calidad de la asistencia que se les ofrece puede favorecer la adherencia al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a. Elaboración de una encuesta de satisfacción que recoja la opinión de los usuarios.
b. Incorporar la pasación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de nuestra unidad.
c. Al menos el 80% de los usuarios de HD completan la encuesta de satisfacción.
d. Al menos recoger una muestra de 30 encuestas completas a lo largo del primer año de implantación del programa.
e. Propuesta de acciones de mejora tras la valoración y cuantificación de los resultados obtenidos a través de la encuesta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a. Elaboración de la encuesta de satisfacción durante el primer mes de la puesta en marcha del proyecto de calidad. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo (responsable del grupo)
b. Puesta en común con el equipo de mejora para darles a conocer el instrumento de evaluación. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
c. Planificación del momento en que se va a facilitar la encuesta a los pacientes dentro del protocolo de proceso asistencial. Responsable: Mónica Tomeo Ferrer
d. Monitorización y recogida de las encuestas realizadas por los usuarios que están finalizando el programa de hospitalización parcial. Responsable: Mónica Tomeo Ferrer
e. Accesibilidad de la encuesta y de los recursos materiales necesarios para la cumplimentación de la encuesta. Responsable: Ana Cristina Gracia Redondo, Auxiliar de clínica
f. Monitorización y recogida de encuestas de pacientes que han finalizado el programa de HD y siguen vinculados a la unidad en el programa ambulatorio postalta. Responsable Pilar Soro Ramia. Enfermera de salud mental
g. Valoración y tratamiento estadístico de los resultados obtenidos a través de la encuesta. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
h. Elaboración de las conclusiones obtenidas tras la recogida de datos para implementar mejoras. Responsable: Juan Manuel Bernad Polo
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Se ha elaborado la encuesta de satisfacción a los usuarios y reunión con el equipo de mejora para presentar y exponer el instrumento de evaluación que se va a utilizar.
- Implantación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de HD
- La encuesta es realizada por los pacientes que acuden al HD y finalizan el programa terapéutico y por pacientes que siguen en el programa ambulatorio postalta (al menos 80%)
- Recogida de al menos 30 encuestas desde que se pone en marcha el programa hasta la finalización del primer año
- Elaboración de conclusiones y propuestas de mejora tras la recogida de las primeras 30 encuestas.
- Reunión de con el equipo de mejora para presentar los datos obtenidos y la elaboración de las propuestas de mejora.

Proyecto: 2016_0850 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto será de un año.
La elaboración del instrumento de evaluación se realizará en el primer mes de inicio del proyecto (noviembre de 2016).
Reunión con el equipo de mejora para presentar el instrumento y operativizar la recogida de la información. Ultima semana del mes de noviembre
Inicio de recogida de encuestas: a partir del 1 de diciembre de 2016 hasta el 1 de diciembre de 2017.
Valoración de los resultados obtenidos y elaboración de propuestas concretas de mejora. Diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0629 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA UNIDAD DE TCA DEL HNSG

2. RESPONSABLE ..... JUAN MANUEL BERNAD POLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANDRES NIVELA MARIA OROSIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CABREJAS GOMEZ CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· PAUMARD OLIVAN CESAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· MUÑOZ CALVO MERCEDES. PSICOLOGO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· SORO RAMIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos psiquiátricos de alta incidencia y prevalencia en nuestro medio. En edad adulta los principales problemas atendidos son la anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Los TCA son enfermedades mentales de alta incidencia, prevalencia y larga evolución. El tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que van a intervenir diferentes profesionales, siendo clave la coordinación y la continuidad de cuidados en la eficiencia de los servicios.

En el año 2000 en Aragón se crea como unidad de referencia la UTCA del HRV, dirigida al tratamiento de pacientes adultos, dependiente del Servicio de Psiquiatría. El servicio de Endocrinología proporcionaba la atención que correspondía a su especialidad a lo largo de todo el proceso terapéutico, haciendo el seguimiento de las pacientes durante el tratamiento ambulatorio y las hospitalizaciones, si era el caso.
Debido a las reformas habidas en el Sector I en la organización del servicio de psiquiatría, la atención a los TCA sufrió así mismo una importante transformación que supuso la pérdida del funcionamiento de la UTCA como una unidad funcional conjunta con el servicio de Endocrinología. Los pacientes pasaron a derivarse a los servicios jerarquizados de endocrinología de los distintos sectores según la procedencia de los mismos. Durante la hospitalización de día el seguimiento ambulatorio seguía siendo el mismo y durante la hospitalización completa la atención era proporcionada por el servicio de Medicina Interna del HNSG.

La consecuencia final del traslado ha sido la intensificación del tratamiento en aspectos psiquiátricos y psicoterapéuticos al tiempo que se perdía la continuidad terapéutica en el área endocrinológica siendo difícil la coordinación del tratamiento.
OBJETIVOS:
1.Proporcionar a los pacientes con TCA una atención integral entre los equipos de Salud Mental y de endocrinología, tanto en el paciente ambulatorio como en el ingresado en hospitalización de día y completa
2.Elaborar protocolos de actuación, con criterios de calidad mínimos que permitan la asistencia de forma coordinada entre psiquiatría y endocrinología a pacientes con TCA teniendo en consideración todos los recursos disponibles para su tratamiento
3.Evitar complicaciones graves relacionadas con las alteraciones nutricionales

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-El psiquiatra responsable del paciente conoce y puede coordinarse con el endocrinológo de referencia del paciente (>80%)
-Se dispone de un proceso de la atención endocrinológica del paciente UTCA en cada uno de los momentos de la asistencia
-El paciente en tratamiento en UTCA recibe asistencia endocrinológica con criterios de calidad definidos (>80%)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión al menos con carácter trimestral del equipo de calidad que supervisará la elaboración de protocolos y hojas de registro de los indicadores: responsable: Juan Manuel Bernad Polo (responsable del grupo)

-Elaboración de criterios de calidad mínimos en la atención por parte de endocrinología en cada uno de los momentos de la asistencia (ambulatoria y hospitalización) Responsable: Dra. Orosia Bandrés

-Elaboración de un registro individual que refleje el seguimiento actual de los pacientes (psiquiatra y endocrinológo de referencia, sector,tipo de derivación, etc) de. Responsable: Pilar Soro Ramia

-Valoración subjetiva de los pacientes de la atención recibida en aspectos orgánicos de la enfermedad Responsable: Mercedes Muñoz Calvo

-Elaboración de un calendario de implementación de mejoras Responsable: Dr. César Paumard Oliván

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Se ha elaborado el proceso de atención por endocrinología de los pacientes de la UTCA
- Se han elaborado los criterios de calidad mínimos de la atención por parte de endocrinología en cada uno de los momentos asistenciales
-Proporción de pacientes nuevos que poseen la hoja de registro de seguimiento endocrinología
- Proporción de nuevos casos que han sido derivados a consultas de endocrinología

Proyecto: 2016_0629 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA UNIDAD DE TCA DEL HNSG

- Proporción de pacientes que tienen seguimiento en consultas endocrinología HRV que no corresponde al sector
- Número de pacientes hospitalizados en HNSG que han precisado nutrición por via oral o por sonda NSG
- Indice de satisfacción de los pacientes afectados en lo que se refiere a la atención de endocrinología, psiquiatría, enfermería y psicología.
- Se ha elaborado en el primer año el calendario de mejoras

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será de dos años. La primera reunión tendrá lugar en el último trimestre de 2016 y posteriormente con carácter trimestral Se tomará acta de cada una de las reuniones, realizando una memoria transcurrido un año. Al final del segundo año se valorará la conveniencia de prorrogar o no el proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1784 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (HNSG)

2. RESPONSABLE ..... VICENTE RUBIO LARROSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El objetivo principal es ofrecer una atención intensiva y coordinada a grupos de pacientes con enfermedad mental grave que presenten dificultades para un correcto seguimiento por la Unidad de Salud Mental

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear un equipo gestor de casos formado por enfermero, psicólogo y trabajador social.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serian los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

De cualquier manera el proyecto continúa en vigor y se iniciaría en 2018 siempre y cuando se proceda a la contratación de los profesionales previstos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Colaborar en la valoración y planificación individualizada de las intervenciones con los profesionales de la USM.
2. Mantener con el paciente y su familia un contacto regular planificado.
3. Realizar intervenciones grupales.
4. Dar una respuesta rápida a la demanda por medios telefónicos o si fuera preciso la intervención en el domicilio del paciente.
5. Coordinación directa con la USM, en los casos que se requiera otro tipo de intervención.

Número de pacientes en seguimiento por el Equipo Gestor de Casos en el periodo anual.
-Número de pacientes incluidos en el programa/ número de profesionales (ratio estándar: 10-15 pacientes por profesional)
- Porcentaje anual de hospitalizaciones (número de pacientes que ingresan /número de pacientes en el programa x 100)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuación del proyecto en 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0035 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTMASTECTOMIA: INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION PARA PACIENTES Y FAMILIARES

2. RESPONSABLE ..... PILAR MORENO POZUELO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER COLLADO CAROLINA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CAMBRA LINES PILAR. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· GREGORIO PUEYO VANESSA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· JUEZ GARCIA BELEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras realizar durante un año la entrega de la información a las pacientes intervenidas de carcinoma de mama detectamos la necesidad de actualizar el proyecto mediante la inclusión de una encuesta de satisfacción dirigida a pacientes y familiares con los objetivos de:
1) Conocer el grado de conocimiento previo de las pacientes acerca de las posibles complicaciones derivadas de la cirugía de mama.
2) Conocer si la información recibida la han comprendido correctamente.
3)Conocer el grado de importancia que dan a la información recibida en cuanto a su utilidad en las labores preventivas.
4) Conocer el grado de satisfacción de las pacientes en cuanto a la información que reciben con respecto al tríptico entregado.
5)Conocer el grado de seguimiento de dichas medidas preventivas a corto plazo (hasta primera visita con el cirujano).
6) Conocer en qué medida podemos mejorar el proyecto que estamos realizando.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos son los mencionados en el apartado anterior con el resultado final de conseguir la máxima adherencia terapéutica posible con respecto a las medidas preventivas que se explican con el tríptico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se entregará un cuestionario junto con el tríptico informativo a todas las pacientes susceptibles de recibirlo. Se rellenará en el mismo momento tras dar la información, si es posible con participación de algún familiar cercano al paciente. Toda la información obtenida se recopilará y se realizará una tabla con los resultados obtenido en el período de un año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pacientes intervenidas/nº de pacientes que reciben tríptico+encuesta x100
Nº de pacientes que consideran que la información se debe mejorar/ nº total de pacientes que reciben la información x100
Nº pacientes que ya conocían las medidas preventivas/nº total de pacientes que reciben el tríptico x100
Nº pacientes que se muestran satisfechas con la información recibida/nº total de pacientes que reciben el tríptico x100
Nº pacientes que consideran que la información recibida es importante/nº total de pacientes que reciben el tríptico x100
Nº pacientes que comprenden correctamente la información recibida/nº total de pacientes x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1/10/16
Fecha de finalización del proyecto: indefinido, sin fecha
Reuniones con el equipo cada vez que sea necesario, al menos, dos veces al año.
En función del parte quirúrgico se baja a la planta a dar la información a las pacientes intervenidas a las 24 horas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0631 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I). FASE AGUDA INICIAL

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION CAMPOS SANZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· GALLEGO MURILLO MARIA JESUS. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· OLARTE MOLINERO ANA MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· VIZAN IDOIPE TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MORENO GONZALEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales que atienden al Ictus en fase Aguda durante su ingreso hospitalario, Siendo este proyecto una continuación del 147 puesto en marcha el año anterior, pero separado el ingreso hospitalario del alta, realizando un proyecto en dos fases: atención multidisciplinar durante el ingreso (I) y preparación al alta (II). Formación del personal sanitario y no sanitario en el manejo del ICTUS así como difusión de la GUIA ICTUS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir el riesgo de lesiones que conllevan las trasferencias que se realizan en estos pacientes.
Mejorar la información y formación de los familiares y pacientes con ICTUS.
Mejorar los tiempos de recuperación mediante la estimulación precoz y cuidados posturales adecuados.
Mejorar la coordinación y uso de protocolos en dicha patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de los cuidados posturales en planta.
Colocación de carteles con fotografías que recuerden los cuidados posturales.
Detección del paciente con ICTUS en el momento que ingresa.
Reuniones periódicas con los familiares y presonal sanitario y no sanitario para sesiones de formación en el manejo del ICTUS.
Estimulación precoz con colocación de calendarios en las habitaciones que les orienten en el tiempo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de cuidadores o pacientes que reciben la GUIA ICTUS/ Nº de pacientes ingresados con diagnostico de ACV en el Hospital Ntra Sra de Gracia

Nº de profesionales susceptibles de recibir formación en el manejo del ICTUS/ Nº de profesionales que reciben la formación en el Hospital Ntra Sra de Gracia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3/11/16 Primera reunión de grupo para poner en marcha el proyecto.
30/9/17 Fin de Proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA PAMPLONA CALEJERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· TARRERO LOZANO MARIA CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· SERON ABANTO PAZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
IIntroducción:
En el ámbito hospitalario los pacientes ingresados en UCI presentan una vulnerabilidad aumentada para desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser colonizados y/o infectados por bacterias multirresistentes (BMR).
Como consecuencia de todo ello se prolonga la estancia media en UCI, se incrementan los costes y la morbimortalidad.
Resulta necesario una intervención estandarizada mediante la aplicación de un Paquete de Recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de BMR en paciente críticos.
Así pues, a través de un Plan de Seguridad Integral, se conseguirá promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario de las UCI.
Por todo esto, proponemos la consolidación de dicho Paquete de Recomendaciones, de manera que todas las acciones llevadas a cabo consigan una sistemática de trabajo más segura, uniforme y permanente.
Métodos de detección y priorización empleados:
Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas existentes u oportunidades de mejora que se pueden dar en nuestro medio laboral, se hizo una selección, y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon.
Siendo lo más puntuado, la consolidación de las medidas del protocolo de Resistencia Zero en pacientes ingresados en UCI.

Importancia y utilidad del proyecto:
- Afianzar las medidas ya instauradas.
- Detectar de forma precoz las BMR y prevenir su diseminación.
- Repercutir en la evolución del paciente y en el coste sanitario, al reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
- Promover la cultura de seguridad en UCI, mediante la consolidación de un documento que registre el nivel de cumplimiento de las medidas establecidas por el Paquete de Recomendaciones de RZ para:
    - Evitar complicaciones.
    - Disminuir el nº de resultados erróneos.
    - Unificar criterios de actuación.
    - Sensibilizar, concienciar y formar al personal sanitario de las medidas a tomar.

Situación de partida:
- Descenso de la variabilidad de los cuidados con las medidas adoptadas hasta el momento.
- Correcta aplicación de medidas a consolidar.

Causas:
Se determinaron según el diagrama de Ishikawa:
- Falta de un medio de evaluación de las medidas de RZ.
- Falta de conocimiento y/o reciclaje por parte del personal.
- Falta de medios de difusión.
- Rotación excesiva del personal sanitario.

Fuentes de información:
La información fue recogida a través del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Revisar los resultados previos
- Difundir la información.
- Formar y reciclar al personal.
- Recordar, estandarizar y consolidar todas las medidas y actuaciones de enfermería y médicas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ para reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar y formar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales

Proyecto: 2016_0289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Medidas previstas:
- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: tipos de aislamientos, correcta toma de frotis, interpretación de carteles de aislamiento, correcta limpieza del material clínico, correcta higiene diaria del paciente colonizado o infectado por BMR con productos que contengan Clorhexidina al 4% (Hibiscrub),...
- Actividad 3ª: Medición de indicadores tras haber realizado la formación del personal sanitario.
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere.

Responsables:
Tanto el equipo médico como el personal de enfermería (enfermeras y TCAEs) de la Unidad de Cuidados Intensivos reciclarán al personal y medirán los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores empleados serán los siguientes:
- Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de RZ.
- Grado de la correcta aplicación de las medidas incluidas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ (ej: toma de frotis, aislamientos, cumplimentar el "Listado de Verificación de Riesgo" para identificar posibles portadores de BMR,…)

Se considerará resultado correcto la:
- "Aplicación correcta de las medidas del Protocolo de RZ"

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016.
Fecha de finalización: Febrero 2017.
Calendario:
- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Octubre 2016.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: medidas, forma de realizar correctamente los aislamientos, forma de tomar correctamente los frotis. Noviembre -Diciembre 2016.
- Actividad 3ª: Medición de indicadores. Enero 2017.
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Enero 2017.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere. Febrero 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE PLURIPATOLOGICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0977 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL H NUESTYRA SEÑORA DE GRACIA. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IRIARTE RAMOS SONIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· LAFUENTE MATEO MIRIAM. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La anemia es un problema frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que habitualmente se trata con la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH) con la finalidad de aumentar la cantidad de oxígeno arterial y el aporte
de éste a los tejidos. En este sentido, la transfusión de glóbulos rojos ha demostrado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia
de estos pacientes que se encuentran en situaciones de anemia grave o shock hemodinámico.
Sin embargo, las transfusiones no están exentas de efectos secundarios, por lo que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad del paciente. Conocer las características de administración de los hemoderivados es por tanto del mayor interés
dado que son productos escasos cuyo uso tiene gran impacto clínico, tanto por sus efectos terapéuticos como por sus efectos secundarios.
Para optimizar la utilización de hemoderivados en nuestras unidades vamos a elaborar una guia de procedimiento sobre las indicaciones y forma de administración de dichos productos en nuestro centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.
Protocolizar las indicaciones y el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.
Valorar la elaboración de un protocolo de transfusión de hemoderivados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una guía de transfusión de hemoderivados en nuestra Unidad.
Elaboración de una hoja de registro o checklist en la que se recojan indicaciones, posibles complicaciones y cumplimentación del procedimiento establecido para llevar a cabo la transfusión (hoja de autorización, solicitud ....)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de la guia - protocolo - procedimiento transfusional de la Unidad.
Elaboración hoja de registro

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2016 Noviembre Diciembre reuniones preparatorias.
Año 2017 Elaboración y aprobación documentación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... PILAR MOREO BERGADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD FERRANDEZ MARIA SOL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE MAMA
· BUSTO FERRER CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· CALVO PARDO AURORA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. UNIDAD DE MAMA
· COARASA CERDAN ANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE MAMA
· LOPEZ GRACIA SIMEON. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIODIAGNOSTICO
· MORENO MARIN PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE MAMA
· TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.

La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.

La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir a una Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos. El Protocolo radiológico en el que se basa el Programa también se documentó.
En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.
En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos tener documentado el PPCM, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el proceso intervienen distintas categorías profesionales en actividades que, aunque deben asegurar la continuidad y el seguimiento, se pueden perfectamente delimitar por lo que en principio, se pretende:

? Crear un Grupo de mejora de Comunidad Autónoma integrado, al menos por las coordinadoras Autonómica y de las tres provincias y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico y Auxiliares administrativos)
? Realizar un mapa general del proceso
? Someter a la valoración de todos los profesionales del PPCM el mapa realizado
? Identificar los subprocesos del Programa
? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
? Nombrar propietarios de los procesos
? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
? Subprocesos identificados SI / NO
? Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

? Creación grupo de mejora: Octubre 2016
? Mapa de proceso: Diciembre 2016
? Subprocesos identificados y priorizados y documentados: primer trimestre 2017
? Indicadores seleccionados: medida trimestral
? Actualización del protocolo Radiológico: segundo trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.
El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0562 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA: MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARROYO RAMOS ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· EGIDO MARTINEZ TERESA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· BELENGUER ANSON PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· GIL SANCHEZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· ESCARTIN GARCIA CARLOS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· GUILLEN VIRUETE CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· FALCES GARCIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente somos el único hospital de la red del SALUD que tiene en el Programa PCH de Urgencias y dentro del PAT o Triaje, que de forma continuada utiliza enfermería para la clasificación de pacientes, un apartado para dar altas que realiza en exclusividad el personal de enfermería.
Este apartado se creó ante el incremento de actividad en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, SUH, con la incorporación de la Consulta ambulatoria de los pacientes que eran atendidos en el punto de Atención Continuada, PAC, ubicado en el Centro de Salud de Sagasta, clausurado en julio de 2014.
La clasificación que sigue los estándares internacionales, comprende los 5 niveles ya conocidos, desde el nivel I de máxima urgencia vital, al nivel V de pacientes con patología no urgente, que pueden ser tratados en otro nivel asistencial. Y ahí es donde se puso en marcha el apartado de Consulta de Enfermería, en tareas que eran perfectamente asumibles por enfermería, como método de evitar sobrecargas de trabajo tanto en número de pacientes como en casos urgentes que requerían la presencia de todo el equipo.
Pues como ya es sabido, esta clasificación integra conceptos como gravedad, complejidad o urgencia y prioriza cada caso en su nivel asistencial y aunque el triaje no es más que una valoración clínica preliminar, puede ser un parámetro indirecto que mida la complejidad de cada urgencia y por lo tanto el profesional que es capaz de realizarlo.
Gestionar, valorar las diferentes problemas, conocer las causas, introducir parámetros de cambio y/o modificación, se cree seria una oportunidad de mejora para el paciente que acude al SUH y puede ser atendido en la Consulta de Enfermería.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación atención /tiempo.
2. Asegurar la praxis de enfermería frente a toma de decisiones sencillas, conflictivas o complejas.
3. Priorizar la atención y el triaje de enfermería, con la unificación de Diagnósticos de Enfermería e intervenciones (Triaje Abanzado)
3. Mejorar la utilización de los recursos de personal mediante una mejor distribución de las cargas de trabajo.
6. Mayor motivación e implicación del personal enfermero

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El método que enfermería usa en el triaje está basado en el PAT.
La responsabilidad del Triaje es de enfermería, de ellos depende la valoración de los pacientes que acuden a urgencias. Como procedimiento para saber si el apartado de Consulta de enfermería responde a criterios de eficacia y de eficiencia por parte del personal enfermero se pretende aplicar los nuevos indicadores propuestos, además de los que normalmente se utilizan en el PAT.
Para ello se seguirán todos los pasos descritos en el programa y cuando el nivel del triaje nos indique un nivel V o incluso el paciente nos refiera un problema que puede solucionar enfermería sin presencia medica, se aplicara el apartado consulta de Enfermería. Una vez solucionado el problema enfermería procederá a darle el alta con su correspondiente informe para el médico o enfermería de su Centro de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para poder emitir un informe de alta de enfermería con calidad es necesario, aportar al alta el diagnostico, la actividad realizada y las recomendaciones hechas al paciente.
Para ello se quiere saber, con los indicadores propuestos, primero que numero de pacientes que son dados de alta en la Consulta de enfermería y segundo que numero de pacientes salen con un diagnostico especifico de enfermería.
1er Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes son atendidos en la consulta de enfermería.
2º Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes salen con el informe correctamente cumplimentado de la consulta de enfermería, incluido diagnostico de enfermería.

1er Indicador :Nº Pacientes con alta de la Consulta de Enfermería
Nª Pacientes en Urgencias

Proyecto: 2016_0562 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA: MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

2º Indicador:Nº Pacientes con Informe de DdE
Nº Pacientes en Urgencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se programa una valoración de 6 meses, desde noviembre de 2016 hasta abril de 2017 y después evaluar los resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias leves
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0558 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CIPRIAN GALINDO ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERNANDEZ LOPEZ MIGUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANGULO BORQUE ANA OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CIRES ORTIZ RAFAEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. CITACIONES Y ARCHIVOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos de la Comisión de Documentación Clínica es avanzar en la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), y de esta forma, generar cada vez menos papel.
Se objetivó la gran cantidad de documentación que se viene imprimiendo por el Servicio de Urgencias: Informes de Laboratorio, Radiología, Urgencias.
Además del coste de imprimir estos documentos, el gasto se incrementaba con: sobres, etiquetas, cajas de archivo, etc., a lo que había que añadir la custodia y la gestión documental que se realiza por una empresa externa.
Se propuso a la Comisión de Documentación Clínica que el Archivo digitalizara los documentos que no están en HCE, una vez que el Servicio de Urgencias se comprometiera a revisar la documentación impresa, que hasta entonces suponía una media de dos cajas definitivas cada tres días (tipo, AZ).
El Técnico de Informática de la Comisión de Historias se responsabilizó del diseño e implementación de las herramientas informáticas necesarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Avanzar en la gestión de Documentación en soporte de HCE, eliminando, progresivamente, la historia en papel.

Reducción de gasto en custodia y gestión de Documentación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde el Servicio de Urgencias bajan diariamente al Servicio un sobre con la documentación del día anterior.
Se genera un PDF de cada paciente por separado y se guarda en una carpeta creado por Informática.
Diariamente se digitalizan los informes del día anterior. Quedan alojados en Intranet, en su episodio de Urgencias, denominado como “documentación en papel”.
Esta tarea se ha incorporado en el turno de tarde, para realizarlo con mayor tranquilidad y evitar errores. La mayor presión es el fin de semana, se calcula realizar la digitalización en un plazo de dos o tres días a partir de la recepción del sobre.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% Historias digitalizadas= nº Historias digitalizadas / nº Urgencias atendidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tras varios ajustes en las tareas, a fecha 1 de Junio se comenzó a escanear documentación.

01/07/2016: se han resuelto dudas respecto a documentos que llegaban y se ha protocolizado la actuación en cada caso.

15/09/16: Valoración del trabajo en periodo vacacional, con menos plantilla trabajando.

01/12/16: Valoración.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORALES HIJAZO LORENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIMENO GIMENO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· LOZANO SANCHEZ ELENA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· USON ALVAREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· SALAS BAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- Fueron detectadas flebitis en vías periféricas en pacientes quirúrgicos cuya causa podría ser la falta de asepsia en la inserción del catéter.
-Se prioriza este problema debido a que el aumento del numero de flebitis influye directamente en el retraso de la recuperación del paciente post quirúrgico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir y/o eliminar las flebitis en vías periféricas cuya causa fuese el no extremar la asepsia durante la inserción.
- Concienciar al personal de la importancia de la asepsia en la colocación de catéteres periféricos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Procedimiento para conseguir los objetivos deseados:

- En los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro quirófano, se canalizara la vía periférica extremando la asepsia:
-Se desinfectara la piel con clorhexidina alcohólica 2%
-Tras la inserción se colocara un apósito estéril transparente dejando visible el punto de inserción.
-Las responsables de la tarea serán las enfermeras de preanestesia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Temperatura corporal:
-Se dejara indicado en la unidad de hospitalización que se monitorice la temperatura por turno y se recogerán y registraran los datos al día siguiente.

-Eritema cutáneo:
-Se observara la presencia de eritema en la zona de inserción a las 24h y 48h tras la canalización. Registrando los resultados observados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- -Duracion:
-Se inicia en el momento de inserción del cateter periferico y se realiza seguimiento durante 48 h

-Cronograma:

1º Anotar hora de inserción y persona responsable.
2º Registrar lo observado siguiendo los indicadores a las 24/48 horas.
3º Evaluación de los resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes quirurgicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1580 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

2. RESPONSABLE ..... CARMEN BONO ARIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ BUENO AMELIA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ BAZAN ROSARIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· FACORRO GASPAR ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· ACIN LAZARO MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANZ GANDASEGUI MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· FACI BOUTHELIER ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· VAQUERIZO GARETA ALFONSO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Habitualmente, se han venido solicitando pruebas complementarias de manera sistemática a todos los pacientes sometidos a cirugía electiva, independientemente de sus circunstancias personales o de salud. El proyecto está de acuerdo con los objetivos del Departamento de Sanidad y los de la Sociedad Española de Anestesiología; Reanimación y Terapéutica del Dolor, así como con las recomendaciones sobre el "NO HACER".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Adecuar la solicitud de pruebas complementarias en los preoperatorios a lo que recomienda la evidencia.
2.- Mejorar la comodidad del paciente.
3.- Mejorar la seguridad del paciente
4.- Estudiar los posibles costes evitados.

GRUPOS DE PACIENTES:
Pacientes que van a ser intervenidos de cirugía electiva con las siguientes características:
Grupo 1: < 40 años: CMA o similar y sin factores de riesgo. Nada
Grupo 2: < 40 años: CMA o similar. OM. Rx tórax, ECG
Grupo 3: > CMA o similar y sin factores de riesgo.
Hemograma, Bioquímica y ECG si no tienen previo.
Grupo 4: > 60 años; < 40 años con factores riesgo; procedimientos severos. Hemograma, Hemostasia, Bioquímica, Rx tórax y ECG
Grupo 5: Mujer fértil, CMA o similar, sin factores de riesgo.
Hemograma

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Solicitar las pruebas complementarias en los preoperatorios de Cirugía electiva (programada), según la clasificación por grupos propuesta.

1.- Desde julio de 2016 se intentó llevar adelante este proyecto de forma no sistemática
2.- Documentar el procedimiento.
3.- Evaluar retrospectivamente el nivel de cumplimiento en el primer trimestre de este año.
4.- Reforzar la colaboración de los Servicios Quirúrgicos.
5.- Reforzar la colaboración con la consulta de enfermería preanestésica de Grande Covián.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de adecuación por grupos (preoperatorios correctos sobre total de preoperatorios y para cada grupo).

Estándar > de 75% para cada grupo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Reunirse con las partes interesadas en enero- febrero 2017.
2.- Revisar una muestra de pacientes intervenidos en el primer trimestre del año.
3.- Julio-Septiembre. Documentar el procedimiento
4.- Informar en octubre a los partes implicados del procedimiento establecido.
5.- En noviembre-diciembre, evaluar los meses de septiembre-octubre.
6.- En enero-febrero de 2018, elaborar la memoria del Proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1580 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a cirugía electiva
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2016_0794 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... ESPERANZA TOLON SORO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOLAYA SANCHEZ MARIA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· MARTINEZ RAMIA ROSARIO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· USON ALVAREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· GIMENO GIMENO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· DIAZ LAMARCA SOFIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· TOMAS CEBRIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· ALEGRE ABRIL CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los registros de enfermería del Bloque Quirúrgico del HRV se diseñaron en el momento de puesta en marcha del mismo en junio de 1996 (creo).
Desde esa fecha, se han ido modificando puntualmente, conforme se incorporaron nuevas especialidades e introduciéndose nuevos procedimientos. También se diseñaron nuevas hojas de registro, aunque no se dispone de los que verifique adecuadamente el estado del paciente tras la intervención.
Se considera llegado el momento de proceder a una revisión de conjunto de los registros de Enfermería, con la intención el objetivo de que de su correcta cumplimentación se mejore la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disponer de unos registros de Enfermería adecuados a los procedimientos actuales y que mejoren la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, hospitalización quirúrgica, quirófano y despertar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constitución del equipo del proyecto.
Revisión crítica de los actuales registros, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora que se detecten.
Sistematización de las reuniones, de las que se redactará un acta con los acuerdos y las discrepancias.
Diseño de los nuevos documentos.
Realización de una monitorización de prueba de los documentos diseñados para su evaluación y realización de los posibles ajustes.
Remisión de los documentos finales, con el informe del pilotaje, a la Comisión de Documentación clínica para su toma en consideración como paso previo a la aprobación definitiva por la Dirección del Centro y su posterior entrada en vigor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar al menos 5 reuniones. Evaluación: Nº de actas.
Diseño de 'n' documentos. Evaluación: Nº de formatos elaborados.
Pilotaje. Utilización de los nuevos formatos durante una semana. Evaluación: % de IQ con nuevos registros del total de las realizadas. Encuesta de satisfacción a los profesionales implicados. Informe final.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Noviembre de 2016.Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determina de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de Noviembre de 2016 a febrero de 2017.
Pilotaje: Marzo de 2017.
Informe final: Mayo de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Seguridad del paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0455 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE ESTIMULACION CARDIACA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... BERTA DAGA CALEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TIRADO ANGLES GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI-UEC
· ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· MONTOLIO RODRIGUEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI-UEC
· ANADON GOMEZ DAVID IGNACIO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI-UEC
· BORDONADA HERRERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI-UEC
· GALINDO MILLAN ANA CRISTINA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCI-UEC

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace un año se ha incorporado a la Cartera de Servicios del Hospital Royo Villanova la Unidad de Estimulación Cardíaca, en la que se realizan procedimientos tanto intervencionistas como no intervencionistas. Con este proyecto queremos protocolizar y organizar nuestra unidad, ya que todo lo que se realiza en nuestro servicio son técnicas, pruebas y procedimientos que antes no se realizaban en el hospital.
Con todo ello, pretendemos aumentar la seguridad de los procedimientos y la calidad en el funcionamiento del servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Protocolizar y organizar esta unidad para su óptimo funcionamiento, debido a la alta especialización de los procedimientos que se realizan en ella.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación del personal.
- Constitución del grupo de mejora.
- Elaboración de los protocolos y procedimientos de las técnicas y pruebas que se realizan en ella.
- Acreditación de la Sala de Estimulación Cardíaca, por la Sociedad Española de Cardiología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de procedimientos realizados en la Sala
- Número de consulta seguimiento presencial de marcapasos
- Número de complicaciones derivadas de los procedimientos

Se van a obtener los datos de las bases de datos de registro, tanto de las sala de Estimulación Cardíaca como de la base de datos de la Consulta de Marcapasos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del Proyecto: Octubre 2016
Finalización del Proyecto: Octubre 2017
- Formación del personal: anual
- Grupo de Mejora: reunión del grupo cada dos meses.
- Elaboración y validación de los protocolos: anual
- Acreditación de la Sala de Estimulación Cardíaca: anual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0511 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... DAVID BIERGE VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAGUAS BIESCAS ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· AZNAR COSTA JOAQUIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· FERRANO VELA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- Elevada prevalencia e incidencia de la enfermedad (y progresivo aumento).
- Causa fundamental de Ingreso hospitalario (siendo predecibles un número elevado de ellos), estancias hospitalarias prolongadas y elevado coste sanitario.
- Infrautilización de fármacos con evidencia científica demostrada en ambientes no especializados.
- Necesidad de estrecho seguimiento para titulación de dosis y optimización de terapia farmacológica.
- Desarrollo de tratamientos no farmacológicos sofisticados y especializados.
- Limitaciones evidentes del manejo convencional de la IC (aspectos no cardiológicos de la enfermedad, adherencia al ttº, etc). Importancia de la educación sanitaria en autocuidado
- Evidencia previa de la eficacia de estas unidades en términos clínicos y de coste-efectividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Desarrollo de programas de educación, seguimiento y tratamiento de los pacientes con IC.
- Aumento del conocimiento y el cumplimiento de los tratamientos prescritos y de la dieta.
- Optimización del tratamiento farmacológico de los pacientes con IC.
- Mejora de su calidad de vida.
- Reducción de la tasa de ingresos y visitas al Servicio de Urgencias.
- Reducción de la estancia media hospitalaria durante los ingresos no evitables.
- Mejoría de la supervivencia.
- Aplicación temprana de medidas de prevención en pacientes seleccionados en alto riesgo de desarrollo de IC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Unidad multidisciplinaria, que inicialmente se contempla como de consulta ambulatoria fundamentalmente hospitalaria, y de carácter funcional: se prevé también la necesidad de estancias del paciente con fines diagnóstico-terapéuticos en Hospital de día y la posibilidad de ingresos en el ámbito de la Hospitalización Domiciliaria (HAD).
El equipo hospitalario tratará de mantener estrecha relación con Atención Primaria, constituyendo esta uno de los principales objetivos de recepción de la información, favoreciendo por tanto su implicación mediante la puesta en marcha de ágiles flujos asistenciales y circuitos de derivación y consulta.
Los componentes de la Unidad mantendrán reuniones periódicas trimestrales (y adicionales siempre que sea preciso) a fin de coordinar las actuaciones y evaluar los resultados.
1. ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: Ocupación inicialmente a tiempo parcial contemplando el incremento progresivo de su dedicación a tal fin (hasta tiempo completo) a medida que se desarrolle plenamente la actividad de la UIC. En base al perfil elaborado y considerado como óptimo (Anexo 1).
Su actividad fundamental estará destinada a LABOR EDUCATIVA del paciente y familiares / cuidadores, disponiendo de consulta propia dedicada a tal función para visitas de inicio y posteriores de refuerzo educativo (protocolos / calendarios de enfermería y autocuidado de paciente, etc).
2. CARDIOLOGÍA: Dr. David Bierge. Dra. Asunción Araguás.
Responsable de los pacientes derivados de Seguimiento Cardiológico (UIC-CAR) y Coordinador de la Unidad. Tendrá dedicación a tiempo parcial. Se creará una agenda específica para visitas en consulta monográfica y asistencia directa de los pacientes de la UIC y actuará como asesor y coordinador de los distintos servicios y niveles de atención implicados en la Unidad.
Llevará a cabo labor de formación de enfermería, desde los aspectos más básicos a los más específicos de la patología: transferencia del conocimiento actual referente a la fisiología cardiovascular normal, la fisiopatología de la IC, la relevancia epidemiológica de la enfermedad, los métodos diagnósticos aplicados y la terapia farmacológica (fármacos para tratamiento sintomático y con influencia pronóstica, titulación dosis, etc) y no farmacológica (medidas higiénico-dietéticas fundamentales, autocuidado, nociones sobre terapias especializadas como TRC, etc).
3. MEDICINA INTERNA – HOSPITALIZACION A DOMICILIO: Dra. Isabel Fiteni
Responsable de los pacientes derivados a Nivel de Seguimiento por Medicina Interna (UIC-MI) y persona de referencia de dicho Servicio para la Unidad. Tendrá dedicación a tiempo parcial.
Dispondrá de agenda específica y consulta monográfica para la atención de los pacientes de la Unidad; intervendrá en toma de decisiones que afecten a su funcionamiento y actuará como asesor de los pacientes en nivel de seguimiento cardiológico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Pacientes en tratamiento betabloqueante: >80%.
-Reducción reingresos a los 30días por IC: >10%.
-Sesiones con Atención Primaria: iniciar.

Proyecto: 2016_0511 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MULTIDISCIPLINAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-4º Trimestre de 2016: Acciones previas de organización: consensuar protocolo con los criterios de inclusión y exclusión, funciones del personal implicado, flujos de pacientes, uso del Hospital de Día.
-1º Trimestre 2017: Inicio de la unidad de insuficiencia cardiaca con consulta especializada por parte de cardiología, medicina interna y enfermería, utilización de Hospital de Día para tratamientos.
-2º Trimestre 2017. Inicio de sesiones con Atención Primaria y creación de telemedicina mediante una visita virtual vía correo electrónico.
-3º Trimestre 2017: Inicio de colaboración con servicio de urgencias para coordinar el flujo de pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

2. RESPONSABLE ..... JORGE ESCARTIN VALDERRAMA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLAS LAINA JUAN LUIS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CAMPILLO MARTINEZ JAVIER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ LABORDA ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ORMAZ OLID SANDRA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RIVARES GARASA LUCIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CARAZO GUTIERREZ PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PUISAC URIOL LUCIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La creación de un estoma conlleva, sólo por este hecho, una tasa de complicaciones postoperatorias que varía entre el 20 y el 60 %. Un aspecto de reciente interés es lo que se denomina estomas de alto débito y su relación con la pérdida de electrolitos. Algunos estudios han identificado esta complicación como un precursor de la deshidratación y de la alteración de la función renal, con una incidencia estimada ente el 1 y el 17 % y se piensa que es la causa de reingreso del 4-43%
En nuestro entorno el Dr Arenas publica una tass de reingresos del 28 % de los pacientes portadores de estoma.
Además, los estomas de alto débito constituyen una complicación que es difícil de diagnosticar y, en consecuencia, su tratamiento suele ser tardío e inadecuado.
En el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova se realizaron 127 intervenciones de cirugía colorrectal entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016. Se realizó un estoma en 34 pacientes, de los que en 9 casos se trató de una ileostomía.
Tenemos registrados en este periodo 3 pacientes que reingresaron por deshidratación grave, con alteración de la función renal.
Por otro lado la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos supone una dificultad importante al no coincidir los horarios laborales o solaparse estos. Se trata, por ello, de buscar nuevas herramientas como las que ofrece internet/web 2.0 para mejorar la comunicación entre los componentes del grupo sin la necesidad de coincidir físicamente en una reunión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que el paciente este informado sobre la situación que supone ser portador de una ileostomía.
Elaborar una hoja informativa sobre qué es una ileostomía y qué cuidados precisa.
Mejorar la autonomía del paciente en el cuidado y prevención de las complicaciones de una ileostomía.
Definir qué es una ileostomía de alto débito y establecer un protocolo de actuación para prevenir y tratar las complicaciones de esta circunstancia.
Disminuir la tasa de reingreso por problemas derivados por la ileostomía.
Implementación de recursos que ofrece la WEB 2.0 para elaboración de proyectos de forma conjunta sin necesidad de coincidir fisicamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una hoja informativa sobre qué es una ileostomía, qué cuidados precisa y recomendaciones dietéticas y farmacológicas para evitar la deshidratación.
Valoración crítica de la hoja informativa por tres pacientes y tres profesionales sanitarios ajenos al grupo.
Control exhaustivo de los pacientes portadores de ileostomía tanto en el periodo de ingreso como una vez dados de alta, con especial atención a la evolución a partir del 8º día de postoperatorio, fecha en la que están descritas las complicaciones.
Definir qué es una ileostomía de alto débito en nuestro medio, elaborar un protocolo de actuación y aplicarlo.
Informar al resto de los profesionales involucrados en el cuidado de estos pacientes de las recomendaciones dietéticas y terapéuticas para el tratamiento de una ileostomía de alto débito con el objetivo de prevenir el daño renal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de reingresos por deshidratación:
N pacientes ingresados por deshidratación / N pacientes portadores de ileostomía X 100

En el periodo comprendido entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016 tuvimos un 33 % de pacientes ingresados por deshidratación. El objetivo es disminuir este porcentaje al 10 %.

- Tasa de pacientes informados del 100 %:
N pacientes portadores ileostomía informados / N pacientes portadores ileostomía X 100

- Publicación de hoja informativa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primera reunión en primera quincena de noviembre 2016 para :
Conocernos, ya que contamos con miembros del equipo de diferentes ámbitos.

Proyecto: 2016_0683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

Presentación del plan de trabajo: elaboración hoja informativa, cómo se van a realizar los controles de las ileostomías, definición ileostomía alto débito,, protocolo actuación.
Toma contacto con la forma de trabajo a través de la red.

Segunda reunión: primera quincena enero 2016: Aprobación hoja informativa definitiva. Valoración de los dos primeros meses de trabajo.

Desde noviembre 2016 hasta noviembre 2017 se irán recogiendo todos los casos de ileostomías, se identificarán las ileostomías de alto débito y se aplicará el protocolo aprobado por el grupo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0720 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ CURIESES PETRA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· CAMPILLO MARTINEZ JAVIER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· RAMOS D´ANGELO FERNANDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), es un modelo organizativo y de gestión de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar de forma segura y eficiente a pacientes seleccionados sin necesidad de contar con una cama de hospitalización convencional. De este modo, los pacientes pueden volver a su domicilio el mismo día de la intervención, sin generar estancia hospitalaria.
Después de casi 12 años en funcionamiento no se ha realizado ninguna evaluación sistemática del funcionamiento interno de la CMA. Por ello, queremos utilizar alguno de los indicadores clínicos ya publicados para la evaluación del funcionamiento de estas unidades que pueda generar cambios y, en definitiva, una mejora del servicio.
Entre los indicadores sólo hay uno con características subjetivas: la“calidad percibida”, que mediremos mediante una encuesta realizada a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Obtener unos indicadores que permita comparar el funcionamiento de nuestra unidad con otras similares.
- Plantear una serie de medidas que puedan mejorar el funcionamiento de la unidad en el futuro.
- Mejorar la satisfacción y la calidad percibida del usuario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión bibliográfica.
- Realizaremos un estudio retrospectivo de los últimos 5 años.
- Reunión y exposición del tema con el equipo y consensuar criterios.
- Diseño de la encuesta de satisfacción del usuario.
- Validación de la encuesta por profesionales y usuarios.
- Recogida de datos y tratamiento de los mismos.
- Evaluación de la pertinencia de uso de los indicadores propuestos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes que han respondido a la encuesta/total de pacientes de la Unidad.
- Medir el grado de satisfacción del usuario.
- Resultado de los indicadores que hemos obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre - diciembre - enero: revisión bibliográfica, estudio retrospectivo, y reunión con los diferentes miembros del equipo para consensuar criterios.
- Febrero: Diseño y validación de la encuesta de satisfacción del usuario.
- De marzo a octubre: Recogida de los datos y análisis de los resultados
- Noviembre 2017: Difusión del estudio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DE CIRUGIA, UROLOGIA, OFTALMOLOGIA, Y OTRAS ESPECIALIDADES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. FUTURO DE LAS HERRAMIENTAS MULTIMEDIA EN EL ASESORAMIENTO DE LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... LIDIA CASTAN BELLIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Ley 41/2001, de 14 de Noviembre, respecto a la autonomía del paciente establece que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, teniendo que darse por escrito en el caso de los procedimientos quirúrgicos. Desgraciadamente aunque los consentimientos informados (CI) actuales acostumbran a ofrecer suficiente cantidad de información están redactados en un lenguaje complejo que muchas veces refleja el enfoque defensivo de la praxis médica en la actualidad, dificultando el ejercicio de autonomía por parte de los pacientes y generando en ellos altas tasas de ansiedad e insatisfacción.
En el Hospital clinic de Barcelona se realizó un estudio para valorar el grado de entendimiento del CI. Para ello se escogió una muestra de 10 CI utilizando el programa Inflesz que evalúa la legibilidad de los mismos. En este estudio solo el 47,7% de las personas, del 55,3% que manifestó haberlo leído, indicó que había entendido lo que en él se explicaba. El 40% de los CI presentaron un nivel de comprensión puntuado como bastante difícil por el Inflesz, y el 30% presentaron un nivel de legibilidad inadecuado [3].
Se ha demostrado que las intervenciones multimedia mejoran la comprensión en un 31%, las mejoras en los documentos del CI en un 41%, las discusiones ampliadas en un 50% y los test feed -back en un 33% [4].

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El acto de entrega del CI esta infra estimado tanto por el cirujano como por el paciente. La información adecuada de los pacientes es de vital importancia para que sus expectativas sean realistas, siendo conscientes realmente de todos los riesgos, y asumiendo un papel activo en el entendimiento de su enfermedad. Un paciente bien informado es sinónimo de un buen grado de satisfacción, y de un menor índice de reclamaciones legales (muchos conflictos legales vienen originados por fallos en la comunicación [5] [6]). Las discrepancias entre los resultados obtenidos y esperados (55%) y la carencia de información (30%) son las causas litigantes principales [7].
La información que se proporciona en la consulta en el momento de introducción del paciente en la lista de espera resulta abrumadora [8]. El objetivo de nuestro trabajo sería intentar optimizar el nivel de compresión de los procesos quirúrgicos, adaptándonos a las necesidades mediante la proporción de la información de una manera interactiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En una primera fase o fase de pre-reclutamiento valoraremos la legibilidad de los CI empleados en el servicio de cirugía ortopédica y traumatología. Para ello analizaremos los CI de los procesos ortopédicos que son más prevalentes en nuestra consulta (prótesis de rodilla y cadera, cirugía artroscópica, y hallux valgus). De todos ellos analizaremos: extensión (deseable inferior a 490 palabras) e índice de legibilidad INFLESZ (adecuado si > 55 puntos), número de palabras, sílabas y frases, promedio sílabas/palabra, y palabras/frase.
En una segunda fase evaluaremos la capacidad de entendimiento y satisfacción inicial de los pacientes en el momento de entrega del CI sin ningún tipo de apoyo multimedia y con él. Los dos grupos a estudio serán sometidos a una encuesta (apéndice 1) mediante la cual valoraremos el grado de entendimiento y de satisfacción. Para mejorar la información proporcionada a nuestros pacientes diseñaremos una serie de presentaciones multimedia que podrán ser consultadas por nuestros pacientes vía on line, o en el caso que no dispongan de este recurso se les proporcionará unos folletos que contengan igualmente información detallada. Toda la documentación proporcionada a nuestros pacientes será presentada ante la comisión de documentación clínica del hospital.
Mejorar el grado de entendimiento de los pacientes con respecto al proceso al que van a ser sometidos. Como podemos observar se trata de una forma de evaluación y mejora de la calidad asistencial.

Objetivos:
- Reforzar la relación médico paciente
- Aumentar el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
- Reforzar la consulta del especialista y agilizar el desarrollo de las mismas.
- Disminuir el número reclamaciones y quejas interpuestas en atención al paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Índice de Inflesz (legibilidad de documentos).
- Grado de satisfacción del paciente (Encuesta anexa)
- Grado de entendimiento del paciente(Encuesta anexa)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La primera fase de análisis de los consentimientos informados se prolongará hasta finales del 2016.
La segunda fase se iniciará en el 2017. El proceso de reclutamiento y selección en los diferentes grupos se

Proyecto: 2016_0227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. FUTURO DE LAS HERRAMIENTAS MULTIMEDIA EN EL ASESORAMIENTO DE LOS PACIENTES

realizará de manera aleatorizada incluyendo un total de 50 pacientes en cada grupo. La muestra será recogida en las consultas de traumatología durante el primer cuatrimestre del año por los diversos especialistas incluidos en el estudio.

9. OBSERVACIONES.
Se reseñan las referencias bibliográficas y apéndices disponibles para su consulta.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA SOBREUTILIZACIÓN DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

2. RESPONSABLE ..... ANA MEJIA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN BELLIDO LIDIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la práctica clínica diaria nos encontramos con pacientes que han sido sometidos a infiltraciones en una o varias de sus articulaciones. La mayor parte no saben precisar el número a los que han visto sometidos, qué especialista y en qué centro (público o privado) se le suministró y qué medicación usaron para ello.

Esto hace que en determinados pacientes se esté haciendo un sobreuso de las infiltraciones con el consiguiente aumento del gasto sanitario así como el aumento de las complicaciones que puedan derivar de este exceso (infecciones, rotura iatrogénica de estructuras tendinosas, lesiones cartilaginosas, artropatía corticoidea…)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En la mayoría de las ocasiones nos vemos en serias dificultades para precisar estos datos mediante la revisión de la historia clínica, ya que mucha de esta información no aparece precisada como tal, o simplemente el paciente viene de ser tratado en otro centro.
Se pretende realizar una recopilación de información lo más cercana a la realidad sobre el número de infiltraciones realizadas, la patología a tratar, las articulaciones u otras localizaciones objetivo, medicación utilizada, y especialidad médica que las realiza, para la disminución de complicaciones y del coste añadido

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende implantar una “cartilla de infiltraciones” con dos copias, una que el paciente llevará consigo y que presentará tanto a su médico de Atención Primaria como a especialistas médico-quirúrgicos en el momento que se le plantee la opción de suministrar una infiltración, y otra copia que será adjuntada a su historia clínica de consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Esta “cartilla” estará dividida en apartados en los que se precisará:
- Datos generales del paciente y antecedentes de interés
- Fecha de la infiltración
- Diagnóstico
- Articulación/ articulaciones a infiltrar
- Medicación utilizada y cantidad
- Médico que lo suministra
- Especialidad
- Observaciones

Estos datos serán cumplimentados por el médico que suministra la medicación. Así mismo, el documento adjunto en la historia clínica del paciente será completado por el traumatólogo en cada visita con los datos aportados por la “cartilla” del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con ello se pretende:
- Hacer un seguimiento exhaustivo del número de infiltraciones de cada articulación. Completando el documento adjunto en la historia clínica en cada visita, seremos conocedores del número de infiltraciones, medicación utilizada y número de articulaciones afectadas.
-La información quedará a disposición de todos los especialistas, ya que el paciente portará consigo toda la información.
- Disminuiremos los costes de un exceso de tratamiento
- Disminuiremos las posibles complicaciones iatrogénicas derivadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se hará un a implantación progresiva con resultados a largo plazo y de manera mantenida.
Se informará a los miembros del Servicio de Traumatología de la implantación de este nuevo sistema para que se introduzca en las consultas de manera progresiva, comenzando en la primera visita del paciente que precise una infiltración.
Se informará al paciente sobre el sistema y la necesidad de llevarlo consigo en las visitas a su médico de atención primaria y especialistas con el fin de completar la información.
Con ello también se dará a conocer el sistema a sus respectivos especilistas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA SOBREUTILIZACIÓN DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES QUE PRESENTAN HALLUX VALGUS O METATARSALGIA DESDE ATENCION PRIMARIA A TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... NOEMI LAMBAN MASCARAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La patología degenerativa del pie es una de las más frecuentes en la consulta de Cirugía Ortopédica. Las lesiones o deformidades en el pie deben ser valoradas en su conjunto y tratadas de manera individualizada. El Hallux Valgus y la metatarsalgia son las afecciones más frecuentes1 (Coughlin MJ. Common causes of pain in the forefoot in adults. J Bone Joint Surg BR. 2000; 82: 781-90), sobretodo en mujeres a partir de los 50 años, y frecuentemente se presentan de manera asociada. La primera deformidad consiste en una desviación lateral del primer dedo del pie y medial del primer metatarsiano, mientras que la segunda consiste en un hiperapoyo de las cabezas metarsianas. El único tratamiento curativo para el Hallux Valgus es quirúrgico, hasta hoy se han descrito más de 200 técnicas2 (Barouk LS; Forefoot Reconstruction. Springer. Paris. 2003), en cambio la metatarsalgia puede aliviarse con ortesis correctas y control del peso del paciente. Para planificar la cirugía es imprescindible una exploración clínica adecuada en carga y descarga del pie y también radiológica en carga. La exploración clínica ha de comenzar preguntando al paciente si tiene dolor, puesto que la indicación de cirugía nunca será estética.
El problema a solucionar es:
• Intentar disminuir el número de derivaciones desde atención primaria a Traumatología de pacientes que no tienen dolor, a pesar de padecer deformidad anatómica, o de pacientes que no quieren operarse a pesar de tener dolor.
• Solicitar las pruebas radiológicas necesarias en los casos de dolor por deformidad del antepié. De tal manera que la prueba gold estándar por ser la que más información aporta al traumatólogo de cara a la corrección quirúrgica es la radiología simple en carga con dos proyecciones anteroposterior y lateral3 (Espinosa N, Maceira E, Myerson M. Current concept review: metatarsalgia. Foot Ankle Int 2008; 29: 871-879), sin ser necesaria, en la mayoría de los casos ninguna otra prueba diagnóstica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos que el paciente llegue a la consulta del especialista decidido a someterse a una intervención quirúrgica y con una prueba complementaria adecuada, de manera que se pueda plantear en una primera visita la terapia que precisa cada paciente.
Al mismo tiempo se evitará realizar radiografías innecesarias a los pacientes y por otro lado sobrecargar el servicio de radiología con peticiones innecesarias, disminuyendo la lista de espera para la realización de radiografías u otras pruebas complementarias, generando con ello un ahorro económico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un protocolo de exploración clínica y solicitud de radiografías en carga con dos proyecciones, que se distribuirá a los centros de atención primaria correspondientes al área I.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes mayores de 50 años derivados por Hallux Valgus, sin presentar dolor y por lo tanto no siendo candidatos a intervención quirúrgica.
-Número de pacientes mayores de 50 años con Hallux Valgus y/o metatarsalgia que acuden a una primera visita con el protocolo radiológico realizado correctamente.
-Calcular el ahorro económico que supone la no realización de radiografías en carga y la necesidad de repetirla en el caso de que se les haya solicitado previamente en descarga.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los protocolos se realizarán y se enviarán a los centros de Salud correspondientes al área I, en Enero y Febrero de 2017.
Se evaluaran los indicadores seleccionados durante el segundo trimestre del año 2017, desde la consulta externa de Traumatología.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES QUE PRESENTAN HALLUX VALGUS O METATARSALGIA DESDE ATENCION PRIMARIA A TRAUMATOLOGIA

Proyecto: 2016_0786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. 2ARIA PARTE

2. RESPONSABLE ..... DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN RUIZ GLORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PUEYO FUENTES SUSANA. TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA. H ROYO VILLANOVA. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La gonartrosis es una patología degenerativa de gran importancia socio-sanitaria en los mayores de 50 años. La prevalencia de la gonartrosis en España se estima en 28.6% en personas de 60-69 años y de 33.7% en los mayores de 70años1. Según los datos epidemiológicos de EPISER dirigido por la Sociedad Española de Reumatología la gonartrosis se espera que aumente significativamente debido al progresivo envejecimiento de la población y el incremento de su esperanza de vida siendo la cuarta causa principal de discapacidad en el 2020. La artroplastia total primaria de rodilla es una cirugía mayor que requiere una serie de recomendaciones tanto pre como postquirúrgicas y un seguimiento en el tiempo para poder observar cualquier tipo de complicación.
En nuestro sector (Zaragoza I) el bloque quirúrgico se encuentra en el Hospital Royo Villanova y las consultas externas en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián lo que exige la existencia de una historia clínica física doble o en ocasiones triple de un mismo paciente, con todo lo que ello implica. Esa duplicidad dificulta en ocasiones las sucesivas consultas clínicas y las revisiones de la historia clínica para recopilar información y poder plantear algún tipo de estudio de investigación.
Con la creación de una base de datos o registro informático se podrían obtener de forma directa los datos de los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla y con ellos poder realizar no sólo un análisis autocrítico de nuestra actividad, sino también estudios científicos y publicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En 2015 se acepta un plan de mejora de calidad para la creación del registro informático. Se crea un programa basado en el sistema operatorio Access Microsoft pero no siendo compatible con todos los ordenadores de nuestro centro por lo que se decide crear un nuevo programa informático basado en un programa disponible en todos los ordenadores donde desarrollamos nuestras actividades diarias (CME Grande Covián, HRV área quirúrgica / área de hospitalización y HNSG). Junto con el servicio de informática y tras la aprobación de la comisión de calidad de nuestro centro optamos por crear una nueva base de datos basada en el programa hpdoctor disponible en todos los ordenadores en esta nueva convocatoria.
Con el registro de los pacientes intervenidos de ATR, se pretende crear una base de datos para monitorizar a los pacientes, las posibles complicaciones, calcular la tasa de infección, realizar un estudio sociodemográfico de los pacientes intervenidos y realizar planes de actuación para facilitar las tareas tanto a enfermería como a nivel hospitalario con la puesta en marcha de planes como por ejemplo el Fast-track en ATR primaria.
Con la nueva creación de la base de datos, se espera poder poner en marcha la base de datos y por ser accesible para todos los miembros del servicio de COT.
5.1.-Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova basada en el programa hpdoctor.
5.2- Puesta en funcionamiento del registro informático con disponibilidad de acceso desde cualquiera de nuestros centros (HRV, CME Grande Covián u Hospital Nuestra Señora de Gracia)
5.3 -Registro de las artroplastias totales de rodilla realizadas en el Hospital Royo Villanova.
5.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de las últimas actualizaciones y recomendaciones de las sociedades y países con registro de ATR disponibles en el ámbito sanitario nacional (Catatán) e internacional (Sueco, inglés, escocés y americano) con el objetivo de adaptar a nuestro medio.
Creación de base de datos por el servicio de Informática de nuestro hospital basado en el programa hpdoctor.
Comprobación del correcto funcionamiento del registro informático en todos los centros del Sector I donde realizan las actividades diarias el servicio de Traumatología.
Sesión clínica para informar al servicio de C.O. y Traumatología el 11 de noviembre, sesión acreditada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Porcentaje de la base de datos elaborada
2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.
3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.
4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta final de año:
Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos en la nueva plataforma virtual hpdoctor.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos el día 11 de noviembre de 2016.
A finales de año:

Proyecto: 2016_0786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. 2ARIA PARTE

Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova
Cumplimentación y empleo de la base de datos.

9. OBSERVACIONES.
El proyecto de mejora de calidad titulado “CREACIÓN DE UN REGISTRO INFORMÁTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA” fue aceptado en la convocatoria anterior 2015. Durante todo el año 2015 y hasta la finalización de la convocatoria de la misma han ocurrido diversos problemas informáticos y legales con el registro informático que fueron notificados a la comisión de calidad del sector I. Tras recurrir al servicio de informática de nuestro centro, la solución fue crear una nueva base de datos creada en la plataforma del programa hpdoctor disponible en todos los ordenadores tanto del área quirúrgica, de las consultas externas como de la planta de hospitalización del HRV y HNSG. Todo FEA del Servicio tiene acceso al programa a través de su clave de acceso y contraseña personal. Todo acceso queda registrado y toda la documentación queda archiva según la protección de datos del paciente del Servicio Aragonés de Salud por lo que no necesitamos de una firma del paciente para poder incluirlo en el registro. El proyecto inicial es realizar una base de datos que cree un protocolo quirúrgico y así poder realizar el mismo a la vez que se crea una entrada en el registro informático de las artroplastias de rodilla. Tras el informe definitivo de la convocatoria previa, la presidenta me autorizó a presentar el mismo proyecto para poder finalizarlo en la presente convocatoria.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1071 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION PROTOCOLO " FAST-TRACK" EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... JARA VICTORIA BADIOLA VARGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA AGUILERA DAVID. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MEJIA CASADO ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FERRER PEIRON SOFIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ARROYO RUBIO ERNESTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· IGLESIAS APARICIO DANIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LILLO ADAN MARINA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La C. Ortopédica y Traumatología es la especialidad quirúrgica que más recursos consume y la cirugía protésica es la principal causa. La gran demanda que existe en la población para la terapia de sustitución articular, el elevado coste de los implantes y, más aún, el consumo de recursos hospitalarios debidos a los cuidados postoperatorios que tradicionalmente requiere este tipo de cirugía y que son diretamente proporcionales a la estancia media, hacen que el gasto en este tipo de cirugías suponga un elevado coste para el SALUD.
Toda medida que haga disminuir el gasto por proceso y muy en especial la estancia media hospitalaria (EM) supondra´ un ahorro econo´mico sustancial además de mejorar la confortabilidad del paciente que se beneficia de una recuperación precoz.
En 2015 en el HRV se han operado 161 pacientes de artroplastia total de rodilla (PTR) con una EM de 6,56 días. A día de hoy, en lo que ha trasncurrido de este año, ya hay incluidos en lista de espera quirúrgica pendientes de PTR 145 pacientes, cifra que a final de año será con toda seguridad mayor a la del año anterior. La progresión continua de la prevalencia de este proceso año a año es un hecho como se ha publicado en numerosos estudios a nivel mundial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El protocolo Fast Track en PTR en un programa multidisciplinar que consiste en acelerar y optimizar todos los tiempos y actividades relacionados con el proceso peri-quirúrgico mediante el aprovechamiento óptimo de los recursos materiales y humanos con el OBJETIVO de acelerar la recuperación del paciente de tal forma que se consiga un alta hospitalaria precoz manteniendo la misma calidad del proceso de recuperación inmediata.
La disminución de la EM permitr una mayor disponibilidad de camas y con ello la posiblidad de poder operar a más pacientes, disminuyendo así la LEQ por este proceso.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:
-EM postoperatoria igual o menor a 4 días. Lo que supone una reducción de la misma en torno al 40% de la existente
-Minimizar la estancia preoperatoria
-Disminuir el tiempo quirúrgico por intervención
-Mejora del índice de rotación de camas
-Disminuir el coste por proceso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Hacer participe a los pacientes del proceso: explicación del proceso e incentivación de la movilizacón precoz
2. Ingreso de los pacientes el día de la intervención
3.Modificación de la técnica quirúrgica:
-Minimizar el tiempo isquemia
-Coordinación entre cirujano, ayudantes e instrumentistas para evitar tiempos muertos
-Infiltración cápsula articular y artrotomía con anestésico y cloruro mórfico
-Ahorro de sangre:Administración de ácido tranexámico intrarticular e intravenoso
-Apósitos quirúrgicos antiflictenas
4.Modificación de la pauta anestésica:
-Anestesia epidural
-Bloqueo del nervio safeno para abolir el dolor postoperatorio y permitir una movilización rápida y precoz
-Administración corticoide
5.Modificación de la pauta post-operatoria:
-Movilización activa del paciente precoz
-Retirada drenajes a las 5 horas de la intervención
-Estimulación y refuerzo de la autonomía del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-(Nº pacientes intervenidos de PTR mediante protocolo Fast-Track / Nº pacientes totales intervenidos de PTR)x100
-(EM de pacientes intervenidos de PTR mediante protocolo Fast-Track / EM de pacientes totales intervenidos de PTR)x100
-(Nº pacientes que reingresan la primera semana de los pacientes intervenidos de PTR mediante protocolo Fast-

Proyecto: 2016_1071 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION PROTOCOLO " FAST-TRACK" EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Track / Nº pacientes totales intervenidos de PTR mediante protocolo Fast-Track)x100
-(Nº fallecidos intervenidos de PTR mediante protocolo Fast-Track / Nº pacientes totales intervenidos de PTR mediante protocolo Fast-Track)x100
-Encuesta de satisfaccion del paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año completo
1.Elaboración de base de datos que recoja datos demográficos, quirúrgicos, postquirúrgicos, datos de rango de movilidad, de dolor, escala satisfacción paciente, datos de reingreso y fallecidos si los hubiese
2.Sesión para explicar el protocolo al S. de C.O.T.: noviembre 2016
3.Reunión con el S. Anestesia HRV (decidir compuestos y dosis más adecuados): diciembre 2016
4.Reunión con enfermería planta de C.O.T. del HRV (establecer el cambio de estrategia a la hora de abordar la gestión del paciente durante el postoperatorio): enero 2017
5.Reunión con instrumentistas quirófanos HRV (insitir en la necesidad de la sistematización y depuración de los aspectos de la técnica quirúrgica): enero 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0623 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PONS DOLSET JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REUMATOLOGIA
· PALERO DIAZ EVANGELINA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REUMATOLOGIA
· ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· CHARLEZ AZLOR ANTONIO LUIS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· CONEJERO DEL MAZO RAQUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La consulta multidisciplinar dermatología-reumatología fue implantada en junio de 2015 y fue motivo de un Proyecto de Mejora de la Calidad en el ejercicio pasado cuyos resultados ya han sido presentados.
La colaboración entre ambos servicios, dermatología y reumatología, para el diagnóstico y control de los pacientes con manifestaciones cutáneas y articulares de la psoriasis ha permitido optimizar el manejo de estos pacientes: evitando exámenes innecesarios y tratamientos de riesgo, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor articular y, en consecuencia, mejorando la calidad de vida del paciente.
Sin embargo, a pesar de que creemos que el paciente está satisfecho con esta consulta multidisciplinar, no conocemos el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dado que la consulta multidisciplinar dermatología-reumatología ya está consolidada y va a continuar, los objetivos del proyecto que se esperan conseguir son:
1) Facilitar el diagnóstico precoz de la Artritis Psoriasica (APs) en pacientes con psoriasis.
2) Mejorar el manejo de los pacientes con psoriasis y APs.
3) Aumentar la satisfacción de los pacientes con la asistencia conjunta por el dermatólogo y el reumatólogo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La creación de una consulta multidisciplinar compartida por los servicios de dermatología y reumatología en el manejo de pacientes afectos de psoriasis y APs ha supuesto una serie de ventajas:
1) Ventajas para los pacientes:
a) Evitar duplicidad de visitas y desplazamientos al programar una consulta conjunta y simultánea entre los dos especialistas.
b) Optimizar la solicitud y programación de las exploraciones complementarias.
c) Optimizar el tratamiento.
2) Ventajas para el hospital:
a) Evitar la duplicidad de consultas y exploraciones complementarias para un mismo paciente.
b) Desarrollar y promocionar iniciativas para optimizar alternativas terapéuticas.
c) Mejorar la eficiencia en el manejo de pacientes con psoriasis y APs.
Con este nuevo Proyecto de Mejora pretendemos conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida que, subjetivamente creemos, ha sido muy elevada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se continuará con la base de datos donde se recogen los motivos y síntomas de derivación, las comorbilidades relacionadas, el diagnóstico, las pruebas complementarias solicitadas y el tratamiento de los pacientes tanto previo como posibilidad del cambio del mismo en la consulta multidisciplinar.
El grado de satisfacción se obtendrá mediante una encuesta de satisfacción que valorará diferentes aspectos como la accesibilidad a la consulta, la atención médica recibida, la información suministrada y los servicios generales; una última pregunta hará referencia a la satisfacción general.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La consulta seguirá programándose, al igual que desde junio de 2015, un día de consulta con periodicidad mensual, entregando a los pacientes la encuesta de satisfacción para que reflejen su grado de satisfacción con la atención recibida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes afectos de psoriasis y artritis psoriásica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0623 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0987 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION"

2. RESPONSABLE ..... ANA PARDILLOS TOME
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOSTACERO TAPIA SONIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· NAVARRO DOURDIL MONICA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· PABLOS AMADO MANOLI. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dado que no existe una planta de hospitalización propia del Servicio de Digestivo, los pacientes ingresados a nuestro cargo se agrupan preferentemente en dos de las plantas del hospital, en las cuales también se encuentran pacientes de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Muchos de los pacientes que ingresan en nuestro servicio requieren algún tipo de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico (procedimientos endoscópicos, paracentesis o biopsia hepática). En el momento actual, no existen protocolos unificados de actuación ante estas situaciones. Por ello, puede existir variabilidad en las indicaciones médicas y pueden generarse dudas en el personal de enfermería responsable de estos pacientes. Es necesario que todo el personal sanitario implicado en el manejo y cuidado de los pacientes que se someten a estos procedimientos (tanto personal médico como de enfermería) tengan los conocimientos necesarios sobre: en qué consiste el procedimiento, cuál debe ser la preparación previa del paciente y cuáles deben ser los cuidados posteriores. Por ello, para unificar estas actuaciones y mejorar la calidad asistencial, se propone la elaboración de una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible para cada tipo de procedimiento a realizar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar los criterios de actuación ante la realización de un procedimiento en Digestivo, endoscópico o de otro tipo, mediante la elaboración de recomendaciones clínicas específicas para cada uno de ellos, incluyendo variaciones en situaciones especiales (pacientes en tratamiento anticoagulante, diabetes, diálisis, insuficiencia cardíaca congestiva…)
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones realizadas en estos pacientes.
- Mejorar la seguridad del paciente y disminuir en la medida de lo posible los riesgos o acontecimientos adversos derivados del procedimiento.
- Facilitar al personal de enfermería una correcta práctica asistencial mediante esta herramienta, especialmente al personal no habituado a este tipo de patologías o cuidados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Consulta de bibliografía relacionada.
- Realización de reuniones entre los componentes del grupo de trabajo para consensuar las recomendaciones a seguir.
- Elaboración de un dossier o manual de actuación recopilando todas las recomendaciones a aplicar.
- Distribución y difusión en las unidades de enfermería donde se llevarán a cabo los cuidados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes a los que se les aplica el protocolo o recomendación clínica/número de pacientes sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico x 100
- Número de recomendaciones clínicas elaboradas/nº de recomendaciones a realizar

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de elaboración de recomendaciones clínicas: último trimestre de 2016
Fecha de distribución y difusión: primer trimestre de 2017
Fecha de implementación: segundo trimestre de 2017
Fecha de evaluación de indicadores: último trimestre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0809 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN NUTRICION EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA CAMUÑAS PESCADOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GARCIA MARIA BLANCA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· LOPEZ ALCUTEN EVA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CASABONA CABELLO EUGENIA. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La consulta de Enfermería de Nutrición se enmarca dentro de la Consulta de Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova. El grupo de pacientes subsidiarios de intervención nutricional es muy heterogéneo: obesidades prequirúrgicas en lista de espera para intervención de cirugía bariátrica, pacientes ya intervenidos,en los que años después de la cirugía ha habido un repunte en el peso, pacientes frágiles en riesgo de desnutrición, pacientes con trastornos en la conducta de la alimentación que precisan de una vigilancia estrecha del peso... Muchos de los pacientes con riesgo de desnutrición presentan problemas de disfagia que es necesario detectar, mediante un test de disfagia, para adaptar la alimentación en volúmenes y texturas y que ésta sea segura. En los casos en los que la alimentación oral no es posible y es preciso la alimentación mediante sondas, el paciente y su familia necesitan que se les eduque en los cuidados de las sondas, limpieza e higiene del equipo, los métodos de administración de la nutrición de modo seguro o el mantenimiento de la nutrición.
Es por ello que resulta importante la figura de la enfermera de Nutrición para apoyar la Intervención Nutricional pautada por el facultativo sirviendo de soporte al paciente y su familia.
Se inició la consulta de Enfermería en nutrición hace un año y se ha ido implementando para dar cobertura en la educación nutricional a pacientes con diferentes alteraciones nutricionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Proporcionar un cuidado integral, sistematizado y coordinado con el Equipo de Endocrinología, utilizando todos los recursos disponibles para prevenir y mejorar alteraciones nutricionales de etiología diversa.
2. Posibilitar un seguimiento mas intensivo en pacientes con riesgo de desnutrición o desnutrido teniendo un impacto positivo en la calidad de vida.
3. Mejorar la eficiencia de la atención a los pacientes con alteraciones nutricionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde hace un año se ha establecido con el equipo de Endocrinología las patologías que se derivan a esta consulta:
- Seguimiento pacientes que precisan apoyo nutricional antes y después de la cirugía de la obesidad.

- Comprobar la adquisición de hábitos de alimentación en la pérdida y mantenimiento del peso corporal.

- Comprobar la mejora de la calidad de vida del paciente intervenido de la cirugía bariatrica con la pérdida y el mantenimiento de peso.

- En pacientes en riesgo de desnutrición realizar seguimiento, valorando las ingestas, la adaptación a los cambio dietéticos instaurados de enriquecimiento calórico o protéico y la evolución parámetros nutricionales

- En pacientes que presentan ya una desnutrición y se les ha implantado suplemento oral de nutrición, comprobar su adherencia, tolerancia a la fórmula de nutrición prescrita y la evolución parámetros nutricionales.

- Realizar cribado inicial de riesgo de disfagia: EAT-10

- Realización del test de disfagia si hay una sospecha de alteración en la deglución, (EAT-10 positivo)

- Monitorización de parámetros antropométricos que nos informan del estado nutricional del paciente: peso, IMC, perímetro braquial,

- Educación al paciente con disfagia y a su familia para la adecuación de las ingestas y la hidratación.
-
Educación al paciente que recibe alimentación por sonda (gastrostomía) y a su familia en el cuidado del estoma, cuidado de la sonda de gastrostomía, administración de la nutrición a través de las sondas de alimentación de modo correcto de cara a prevenir complicaciones.

Para poder realizar estas actividades se ha iniciado una consulta un día a la semana (martes) en horario de 11:30 a 14:00 horas. La agenda de la Consulta reserva los dos primeros huecos para citar los test de disfagia (MECV-V) y el resto de franja horaria para citaciones de pacientes que precisan seguimiento por parte de Enfermería.

Proyecto: 2016_0809 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN NUTRICION EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del cribado inicial (EAT-10) a los pacientes vistos en la Consulta de Nutrición con sospecha de disfagia y realización del Método de Exploración Volumen Viscosidad (MECV-V) si cribado inicial es positivo (>95%).

% de informes del MECV-V se colgarán en INTRANET (>90%).

Registro de los pacientes derivados por el Facultativo Especialista en Nutrición a la Consulta de Enfermería de Nutrición y motivo de la derivación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La consulta de Enfermería Nutricional que se inició hace un año, se prevé su continuidad en el tiempo.

Evaluación del funcionamiento de la consulta en octubre – 2018

Reuniones con el equipo de endocrinología 1 vez cada trimestre, con propuestas de mejora continuas en el funcionamiento de la consulta y realizando un acta tras cada reunión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0417 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSERCIÓN ECOGUIADA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANADON GOMEZ DAVID IGNACIO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· BORDONADA HERRERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· MONTOLIO RODRIGUEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· QUILEZ PERNIA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· RELLO ECHAZARRETA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· TIRADO ANGLES GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante los últimos años en la UCI del Hospital Royo Villanova ha habido un aumento de la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico por parte de enfermería. Así mismo también ha habido un aumento de la solicitud por parte de otros servicios de la colocación de dichos catéteres por parte del personal de enfermería de la UCI.
Este aumento se ha debido a la ventaja que ofrecen frente a otros catéteres centrales, entre las que destacan menor riesgo de infección y menor riesgo de complicaciones dentro del procedimiento.
Pero estos catéteres también tienen riesgos: inmediatos (posición incorrecta de la punta y sangrado durante la inserción) y tardíos (migración o disfunción del catéter, trombosis venosa, infección o flebitis).
Algunas de las complicaciones inmediatas se pueden minimizar si son insertados con control ecográfico en tiempo real, además, con esta técnica el acceso es más rápido y se reducen los costes. Está demostrado que el procedimiento ecodirigido frente a la técnica estandarizada ciega es coste-efectivo gracias a:
- la reducción de complicaciones:
o mayor éxito en las inserciones
o reducción del número de flebitis y trombosis por la posibilidad de elegir el calibre más adecuado.
- la reducción del tiempo de procedimiento
La técnica ecodirigida aporta un valor añadido porque al insertarse por encima de la fosa antecubital, ofrece mayor confort al paciente y reduce el daño que se produce en la intima por ser una zona de menor movimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducir las complicaciones inmediatas en la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico.
- Conseguir un mayor éxito en las inserciones.
- Posibilitar la elección del calibre más adecuado.
- Reducir el tiempo del procedimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar una base de datos.
- Elaborar una hoja de solicitud para otros servicios y una hoja de registro de catéteres.
- Formación de personal.
- Elaboración del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Proporción de catéteres venosos centrales de acceso periférico implantados correctamente en tercio inferior vena cava superior.
- Proporción de de catéteres venosos centrales de acceso periférico no implantados tras intentarlo.
.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- De octubre 2016 a febrero de 2017 elaboración de hoja de solicitud, hoja de registro y protocolo.
- Octubre de 2016: inicio de formación del personal.
- Febrero de 2017: comienzo de la implantación de catéter venoso central de acceso periférico mediante técnica ecoguiada.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que necesiten una vía central
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0578 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOBA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SERRANO PEREGRINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VICENTE YOLANDA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ROMAN BUENO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· PASAMAR MILLAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ARNAL LONGARES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· GREGORIO IBAÑEZ LAURA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· AREJULA TARONGI CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MIGUEL TRASOBARES TERESA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un gran síndrome geriátrico que afecta a un importante porcentaje de los pacientes mayores hospitalizados. Se trata de un trastorno frecuente, grave y potencialmente previsible debido a su etiología multifactorial, resultado de la interacción de factores de vulnerabilidad (personas mayores vulnerables) y causas precipitantes.
La característica clínica fundamental de este síndrome es una alteración en el nivel de conciencia y atención, acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas pudiendo acompañarse de cambios emocionales y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda, progresiva y fluctuante a lo largo del día. Generalmente es reversible en semanas o meses, pero cuando no se proporciona el manejo y atención adecuados, éste síndrome se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad en los pacientes q lo presentan, conllevando un incremento en los costes debido al alargamiento en los días de estancia hospitalaria. Tampoco deben olvidarse los efectos sobre los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, ya que para el equipo de enfermería supone un mayor tiempo de atención, una mayor carga de trabajo, mayor inseguridad, y es fuente de conflictos en el cuidado, conllevando en ocasiones una baja autoestima para el profesiónal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dado que prácticamente cualquier enfermedad moderadamente grave puede ser responsable de un SCA, que en nuestro servicio tenemos un elevado porcentaje de pacientes con factores predisponentes (demencia, edad avanzada, déficits nutricionales/alteraciones metabólicas, déficits sensoriales, portadores de catèteres...), y que diferentes estudios han demostrado que las intervenciones ambientales mejoran la sintomatología del SCA, nuestro objetivo es:
1.- Elaborar un folleto educativo para el cuidador que incida en el cuidado de estos factores ambientales que disminuyen la incidencia del SCA y que faciliten la interacción cuidador/equipo de enfermería.
2.- Asentar las bases para realizar, en un futuro, un protocolo de actuación en la prevención del SCA de manera integral y evitar que la presentación de este síndrome interfiera con el problema médico que motivó el ingreso del paciente en nuestro servicio, disminuyendo los efectos adversos en éste y en los profesionales, así como los costes económicos asociados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El grupo de mejora que participa en éste proyecto realizará una revisión bibliográfica sobre éste tema para la obtención de las evidencias científicas y las recomendaciones publicadas por las diferentes Sociedades Científicas y Grupos de trabajo con dos objetivos:
1.- La realización de un Taller formativo para el Equipo de Enfermería.
2.- La Realización de un Folleto Educativo con las recomendaciones para el cuidador.
Una vez elaborado dicho folleto, la entrega y explicación lo realizará el personal de Enfermería. Éste se entregará y explicará al acompañante / cuidador en el momento del ingreso, incidiendo en el beneficio que reporta al paciente la aplicación de estos cuidados llevados a cabo de una manera conjunta entre el Equipo de Enfermería y el acompañante/cuidador y resolviendo las posibles dudas que pudieran surgir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrará en la historia de enfermería la entrega del folleto educativo, siendo nuestro objetivo la consecución de èsta intervención en el 100% de los pacientes, consiguiendo que sea una práctica habitual en el trabajo del personal de enfermería y que el cuidado de los factores ambientales estén integrados en un plan de cuidados de calidad para el paciente.
Cada tres meses se hará una revisión de las historias por muestreo aleatorio, para conocer el porcentaje de realización de la intervención por parte del personal y la necesidad de incidir en su práctica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Revisión bibliográfica: Octubre-Noviembre
2.- Realización del folleto: Diciembre
3.- Taller formativo para el personal de Enfermería: Enero
4.- Implantación de la intervención de mejora: Febrero-Septiembre
5.- Evaluación de los resultados: trimestral: Abril-Julio, evaluación final: Septiembre

Proyecto: 2016_0578 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOBA

9. OBSERVACIONES.
La intervención se realizará en todos aquellos pacientes que ingresen con algún tipo de demencia, y/o que hayan tenido episodios de SCA en ingresos previos y a todos aquellos pacientes mayores de 75 años.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0632 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ PASAMAR MILLAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMAN BUENO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· SANCHEZ VICENTE YOLANDA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ ASENSIO SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· GARCIA DOMINGUEZ PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ AZNAR EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FERNANDEZ JIMENEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante nuestra práctica diaria, con frecuencia, tanto el paciente como sus acompañantes, realizan las mismas preguntas y les surgen las mismas dudas acerca de las normas de funcionamiento de nuestro servicio. La falta de información les genera inseguridad, estrés y hace que a menudo aborden en el pasillo o en el control de enfermería al personal que desempeña su labor interrumpiendo su trabajo, lo que dificulta la administración de unos cuidados de calidad.

Esto es debido, en gran parte, al desconocimiento del usuario acerca de las normas del servicio: horarios, forma de proceder... y a la falta de un soporte en papel que les recuerde, o les informe de ello si no han estado presentes durante el ingreso (en el caso del acompañante) o el paciente no se encontraba en plenas facultades durante el mismo.

La utilidad de este proyecto está fundamentada en la necesidad de una información de calidad al usuario, para que éste sepa utilizar correctamente los recursos de que dispone, aumentando su tranquilidad y sensación de seguridad y bienestar, al mismo tiempo que se evita dar explicaciones reiterativas sobre las mismas cuestiones en momentos inoportunos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:

Mejorar la satisfacción del paciente y familiares, proporcionando al ingreso una información detallada por parte del personal que recibe a los usuarios, y mejorar la comunicación entre profesionales - paciente/familia, poniendo a su disposición una información concisa y clara sobre la oferta de cuidados y medios de que dispone durante su estancia hospitalaria.

Resolver las dudas que se puedan presentar de manera inmediata.

Mejorar la calidad asistencial por parte del personal que les atiende, disminuyendo las interrupciones inoportunas en el momento de desempeñar sus tareas diarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas previstas para llevar a cabo la consecución de estos objetivos son:

Formación del Personal de Enfermería que va a atender al paciente y familia durante su estancia en el servicio de Medicina Interna.
Se realizará mediante charlas informativas a todo el equipo que forma parte del servicio, detallando la información explícita que se debe dar al ingreso. Esto será realizado por dos componentes del proyecto.

Realización e implantación de un manual de acogida en formato papel (díptico, tríptico o similar) como complemento a la información proporcionada al ingreso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El equipo que forma este proyecto se reunirá periódicamente para el seguimiento y control de los objetivos planteados.

Se registrará en la valoración de enfermería la entrega del manual de acogida.
Se realizará una revisión de historias clínicas cada tres meses por muestreo aleatorio, para conocer el porcentaje de realización de intervención por parte del personal y necesidad de incidir en su práctica.

Le será entregada al usuario del servicio una encuesta de satisfacción sobre la información recibida al ingreso para valorar si se ha conseguido mejorar la comunicación entre personal-paciente/familia y de esta manera disminuir la sensación de inseguridad que genera el ingreso hospitalario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Realización del manual: octubre-diciembre 2016.

Proyecto: 2016_0632 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. Taller formativo para el personal: enero 2017.
3. Implantación de la intervención de mejora: febrero-septiembre 2017.
4. Evaluación de resultados: septiembre 2017.

9. OBSERVACIONES.
Ninguna

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS PATOLOGÍAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0677 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

2. RESPONSABLE ..... MARIA SEVIL PURAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATIA SANZ MARTA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención sanitaria en un conjunto de procesos cuyo objetivo es mejorar la salud del paciente, pero también conlleva el riesgo de que ocurran acontecimientos adversos. Desde hace años existe una gran preocupación en la comunidad médica hacia esos acontecimientos no relacionados directamente con la enfermedad y sí con el sistema sanitario, todo ello dentro del concepto de la seguridad del paciente.
La mala comunicación es muchas veces una causa frecuente de sucesos adversos en el sistema sanitario.
El briefing es una herramienta que consiste en la realización de un acto de comunicación entre profesionales con un guión previo y como objetivo queremos conseguir una herramienta de seguridad del paciente en un medio en el que existe escasa experiencia sobre su aplicación como es la Unidad de Hospitalización a domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Incrementar la conciencia del personal sanitario sobre la seguridad del paciente.
2. Crear un ambiente favorable para que el personal sanitario comparta información sin miedo de represalias.
3. Integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario.
4. Reducir el riesgo de sucesos adversos y mejorar la calidad del cuidado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaboración de un breve cuestionario, estructurado mediante una lista de tareas que servirá de guión para el briefing
• Realización del Briefing una vez al día, a las 15 horas, coincidiendo con el cambio de turno de enfermería y de médicos en la sala de reuniones de la tercera planta.
• Notificación de los sucesos adversos y propuestas de mejora
• Realización de una encuesta postbriefing anónima entre todo el personal de la unidad para valorar su utilidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Se evaluará el número de sucesos adversos notificados
• El número total de personal (enfermería y facultativos) que asisten a la reunión.
• Se realizará una encuesta postbriefing anónima a todo el personal del servicio para valorar la utilidad de esta herramienta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Elaboración del cuestionario de Briefing hasta diciembre del 2016.
• Realización del Briefing desde enero hasta marzo del 2017 en las reuniones del personal de enfermería y médicos.
• Encuesta postbriefing anónima y análisis de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0813 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARTA TERESA MATIA SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEVIL PURAS MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· FITENI MERA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención Especializada, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la coordinación asistencial entre ambos, es un reto al que en nuestra opinión los distintos servicios de Salud se enfrentan habitualmente. La complejidad de las organizaciones sanitarias, la fragmentación de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales dificulta una atención integral, continuada y centrada en el paciente. El servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente con las mismas garantías que la hospitalización tradicional, valorando además las características asistenciales, socioeconómicas y psicológicas del enfermo y su entorno. Por ello, y puesto que esta modalidad asistencial sirve de conexión entre el hospital y Atención Primaria, la comunicación entre ambos niveles es un pilar básico para la continuidad compartida, la cual está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Garantizar la continuidad de los cuidados médicos entre Atención Especializada y Atención Primaria
- Asegurar la comunicación bidireccional, mejorar el conocimiento mutuo del trabajo y la colaboración activa entre los facultativos de los diferentes ámbitos
- Establecer sistemas de comunicación rápida y efectiva para mejorar la continuidad asistencial
- Disminuir complicaciones y evitar traslados a Urgencias o ingresos hospitalarios innecesarios
- Aumentar la seguridad y confianza de pacientes y profesionales
- Mejorar la calidad de atención del paciente/cuidador/familia
- Mejorar la identificación de pacientes con mala adhesión al régimen terapéutico, falta de conocimientos o con alto grado de dependencia con claudicación del cuidador y colaborar en la educación sanitaria mediante la participación activa de los familiares en la recuperación del enfermo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de reuniones informativas por el personal de HaD en los diferentes centros de salud pertenecientes a su área de cobertura del sector 1: presentación del funcionamiento del servicio y medios de contacto
- Creación de una dirección de correo electrónico corporativo perteneciente a HaD para contactar vía mail con dicho servicio y realización de interconsultas directas
- Mejorar la calidad del informe de alta del paciente añadiendo un teléfono de contacto directo con el servicio de HaD y el mail propiamente creado para realizar consultas específicas sobre dicho enfermo
- Realización de informe de continuidad de cuidados de Enfermería en los pacientes que lo requieran
- Utilización de la HCE como medio común de intercambio de información médica
- Transmisión de la información de los pacientes complejos y frágiles dados de alta del servicio de HaD a los centros de salud correspondientes, para remisión a su médico de Atención Primaria responsable

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de cobertura
- Número de informes de alta del servicio de HaD en los que consta dirección de mail y teléfono de contacto
- Número de pacientes que dadas sus características de complejos y frágiles se es remitida información del alta a su centro de salud correspondiente
- Número de interconsultas realizadas por e-mail o teléfono desde Atención Primaria
- Número de pacientes con informe de continuidad de cuidados de Enfermería
- Número de encuestas con opinión satisfactoria por parte del paciente/familiares

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realización de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de cobertura: noviembre 2016 - febrero 2017
- Creación de una dirección de correo electrónico corporativo perteneciente al servicio de HaD: octubre-noviembre 2016
- Utilización de HCE: desde el momento actual
- Mejora del informe de alta con la adicción de mail y teléfono de contacto, realización de informe de continuidad de cuidados de Enfermería y transmisión de la información de determinados pacientes dados de alta a su centro de salud: a partir de febrero 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Proyecto: 2016_0813 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente pluripatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0990 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FITENI MERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIERGE VALERO DAVID. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· ARAGUAS BIESCAS ASUNCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ RODES PABLO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FERRANDO VELA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· AZNAR COSTA JOAQUIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los grandes problemas de Salud actuales; prevalencia en aumento, alta tasa de ingresos hospitalarios, una alta mortalidad, una mayor complejidad de tratamiento que junto con la diversidad de entornos donde se maneja (cardiología, medicina interna, atención primaria, urgencias) dificulta la correcta atención. En muchos casos no reciben el tratamiento óptimo recomendado en las guías evidenciando las limitaciones del modelo convencional de atención a la IC. Para revertir esto y mejorar pronóstico de estos pacientes se han desarrollado en los modelos de atención a la IC en forma de programas y unidades específicas. Estos han demostrado mejorar todos los de la IC así como coste-efectividad . La difusión y funcionamiento de estas unidades en todos los centros hospitalarios es una de las recomendaciones en la “ Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales”. Así lo han plasmado las Sociedades Españolas de Cardiología y de Medicina Interna con una “propuesta conjunta para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardíaca en base a programas y unidades de insuficiencia cardíaca”

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la calidad de la atención
- Potenciar el autociudado
- Optimizar tratamiento según guías de práctica clinica
- Disminución de la tasa de ingresos y de reingresos
- Disminución del numero de visitas a Urgencias
- Reforzar comunicación con Atención Primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Organizar y desarrollar una unidad multidisciplinar bajo un sistema de trabajo y organización compartido entre Cardiología y Medicina Interna (incluida su unidad de Hospitalización a Domicilio), enfermería especializada y una coordinación funcional con atención Primaria. Actividad eminentemente de consultas (en HRV) y con posibilidad de otras modalidades asistenciales como Hospital de Día para terapias cortas o de ingreso domiciliario (HaD).
- Incorporará una fuente común de base de datos e informes clínicos
- Oferta de consulta telefónica para pacientes. Además contará con una dirección de correo electrónico corporativo para Atención Primaria que asegure continuidad asistencial.
- Oferta de educación del paciente y cuidador
- Reuniones periódicas del grupo

Esta Unidad de Insuficiencia Cardíaca constará de los siguientes componentes:
MEDICINA INTERNA-HOSPITALIZACION A DOMICILIO: Dra. I. Fiteni y Dr. P. Martinez-Rodes. Un responsable de los pacientes derivados a Nivel de Seguimiento por Medicina Interna persona de referencia de dicho Servicio para la Unidad, con agenda específica y consulta monográfica para asistencia directa de pacientes de UIC. Labor de formación de enfermería que atiende a pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio. Tendrá dedicación a tiempo parcial.
CARDIOLOGIA: Dr. D. Bierge y Dra. Araguas. Un responsable de los pacientes derivados a Nivel de Seguimiento Cardiológico, con agenda específica para visitas en consulta monográfica y asistencia directa de los pacientes de la UIC. Llevará a cabo la labor de formación del personal de enfermería. Tendrá dedicación a tiempo parcial
ENFERMERIA ESPECIALIZADA: persona por determinar.- Ocupación inicialmente a tiempo parcial contemplando el incremento progresivo de su dedicación. Su actividad será: Evaluación global del enfermo, Toma de constantes y extracción de muestras, Realización de ECG, Organización de la consulta monográfica, Atención telefónica de consultas, Actuará de nexo de unión con el equipo médico de la UIC (cardiólogo/internista). Su labor fundamental estará destinada a la educación del paciente y familiares

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Pacientes incluidos en UIC
- Pacientes en tratamiento con Inhibidores de la ECA (recomendado en guías) > 80%
- Reducción de la tasa de visitas a Urgencias por descompensación/visitas a Urgencias por descompensación durante el año previo > 10%
- Nº de consultas desde Atención Primaria vía correo electrónico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Inicio: 2016 (Noviembre- Diciembre): Constituir el grupo y componentes de la Unidad. Establecer organigrama de funcionamiento: consensuar criterios de selección, vías de derivación, funciones del personal implicado, flujos

Proyecto: 2016_0990 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA MULTIDISCIPLINAR

de pacientes, uso del Hospital de Día. Definir la ruta asistencial. Formación de enfermería.
-1º Trimestre 2017: Inicio de la unidad de IC con consulta especializada por parte de cardiología, medicina interna y enfermería, utilización de Hospital de Día para tratamientos. Vía clínica de seguimiento estructurado de pacientes ingresados en domicilio
-2º Trimestre 2017. Inicio de sesiones con Atención Primaria y creación de visita virtual vía correo electrónico.
-3º Trimestre 2017: Inicio de colaboración con servicio de urgencias para coordinar el flujo de pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0896 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA BERNAD USON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ SANTOS RAFAEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· VARONA LOPEZ WENCESLAO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La realización de forma correcta de todos los pasos incluidos dentro del acto vacunal es esencial y es la enfermería como principal responsable del mismo, quien tiene el papel fundamental en esta labor. La actuación del profesional de enfermería no se limita a la administración de la vacuna, sino que existen una serie de procesos relacionados que son claves para garantizar la mayor efectividad y seguridad de las vacunas (1). Todos esos procesos vinculados a la vacunación (identificación, preparación, vacunación propiamente dicha y cuidados posteriores) deben dejarse registrados (2). Asimismo, debe existir coordinación entre los distintos profesionales implicados en el proceso de vacunación.
Tras la valoración inicial por el facultativo y la prescripción de las vacunas recomendadas en su caso, el paciente pasa a la Consulta de enfermería, debiendo garantizarse la continuidad asistencial con una atención integral y adecuada a la prescripción.
Para asegurar esta continuidad asistencial y llevar a cabo el necesario registro de las vacunas administradas, en la Consulta de enfermería debe disponerse de un formato (3-5) en el que se incluyan variables referidas a la identificación del paciente y el facultativo que deriva al paciente, las vacunas administradas, las alergias conocidas y las reacciones adversas, así como la identificación de la enfermera que administra la vacuna. Este formato debe favorecer la aplicación de los principios para la administración de medicación siguiendo los “Rights of Medication Administration” (5) en los que se incluye asegurar que el paciente sea el correcto, así como la vacuna a administrar, el momento (edad, tiempo e intervalos y fecha de caducidad), la dosis, la vía de administración, el lugar y la documentación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Garantizar la adecuada continuidad asistencial del paciente atendido en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
- Minimizar los incidentes y/o eventos adversos relacionados con el acto vacunal.
- Disponer de un formato claro y sistemático para el registro de las actividades de la enfermera de la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades del Proyecto están encaminadas a la consecución de la coordinación de los profesionales que intervienen en el proceso de vacunación y a mejorar el control y seguimiento de los pacientes atendidos en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
Para ello se elaborará una hoja de enfermería para el registro de datos de identificación del paciente y los profesionales que prescriben y administran, las vacunas administradas, las alergias conocidas y las reacciones adversas que puedan producirse.
La valoración de la adecuada cumplimentación de los formatos y de la existencia de incidentes o eventos adversos relacionados con el acto vacunal se llevará a cabo por un evaluador externo, independiente del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estructura:
Disponibilidad de la hoja de registro en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova
Proceso:
% de pacientes vacunados con registro completo de enfermería
Numerador: Nº pacientes con hoja de registro de enfermería correctamente cumplimentada x 100
Denominador: Nº pacientes con prescripción de vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova
Resultado:
% de pacientes con incidentes o eventos adversos prevenibles relacionados con el acto vacunal
Numerador: Nº pacientes con incidentes o efectos adversos prevenibles x 100
Denominador: Nº pacientes con prescripción de vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diciembre 2016:
Diseño y elaboración del formato de enfermería para el registro de la atención de pacientes en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva.

Proyecto: 2016_0896 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enero - Junio 2017:
Estudio de seguimiento de la adecuación en la cumplimentación del registro de la hoja de enfermería.
Julio 2017:
Evaluación de los registros, análisis de resultados, obtención de indicadores y memoria del Proyecto.

Duración total del Proyecto: 8 meses.

9. OBSERVACIONES.
1.- El acto de la vacunación: antes, durante y después. Manual de vacunas en línea de la AEP. Disponible en http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-5
2.- Sáez López I, Aguirre Lejarcegui G, Sancho Martínez R, González Sancristóbal MI. Guía de bolsillo de vacunas. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011.
3.- Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi. Manual de vacunaciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016.
4.- Manual de vacunaciones para enfermería. Andalucía 2008. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
5.- Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteraciones del sistema inmunitario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1733 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASPIROZ SANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EZPELETA GALINDO ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· TIRADO ANGLES GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· TERRAZA MARTIN SERGIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· DIEZ CORNELL MARCOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· RIHUETE CARO ELVIRA. MIR 3º. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes con bacteriemia y otras infecciones del torrente sanguíneo, (p. ej. candidemia) son prioritarios para los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) porque:
- Se trata de pacientes con infecciones documentadas que, con frecuencia, asocian elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y una morbilidad considerable en los que la utilización óptima de antimicrobianos es especialmente necesaria.
- La documentación microbiológica permite en muchos casos dirigir el tratamiento antimicrobiano empíricamente iniciado, reduciendo en muchos casos la presión antibiótica.
- Suponen una oportunidad idónea para la interacción con los prescriptores de antimicrobianos a nivel individual.
- La oferta proactiva de una actividad de asesoría especializada para el manejo de pacientes con bacteriemia se ha asociado de forma repetida a una mejora en los resultados clínicos (mortalidad) y del uso de antibióticos.
- La actividad PROA de apoyo al manejo de pacientes con bacteriemia tiene un impacto máximo en la consecución de cambios de hábitos de prescripción en el hospital

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Optimizar los resultados clínicos de los pacientes con bacteriemia en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza (HRVZ).
- Mejorar la utilización de antimicrobianos en pacientes con bacteriemia del HRVZ.
- Contribuir a la formación del personal sanitario del HRVZ –especialmente a los prescriptores- en el buen uso de antimicrobianos.
- Evaluación de la repercusión de la actividad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollo del Procedimiento:
Tarea 1.- Identificación y notificación de bacteriemias a los clínicos del PROA.
Tarea 2. Análisis de la información disponible del episodio de bacteriemia.
Tarea 3. Interacción con el Servicio clínico responsable del paciente con bacteriemia.
Tarea 4. Registro de la información correspondiente al episodio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Bacteriemias evaluadas/ notificadas / registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes ingresados en el HRV (nº absoluto / proporción) .

2.- Bacteriemias en pacientes no ingresados evaluadas/ notificadas / registradas por el equipo PROA (nº absoluto / proporción)

3. Pacientes con bacteriemia por S. aureus con hemocultivos de control

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer semestre de 2017: formación de grupo PROA y presentación al hospital Royo Villanova y sector 1.

Primer semestre de 2017: elaboración de un documento sobre la actuación en las bacteriemias.

Primer semestre de 2017: Presentación en sesión de hospital (con presencia de profesionales del sector 1) del documento sobre la actuación en las bacteriemias.

Segundo semestre 2017: elaboración de un cuadro de mandos con estadísticas de actividad.

Primer trimestre 2018: elaboración y presentación de la memoria de actividad del grupo PROA en el año 2017.

Proyecto: 2016_1733 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

9. OBSERVACIONES.
No se ha podido incluir a dos profesionales del servicio de Urgencias (Dr. José María Ferreras y Marcos Sarrat) que forman parte activa del grupo PROA.
Por otro lado, hay profesionales de los servicios de Farmacia y Medicina Preventiva (Dra. P. Stodutto) que también intervienen de modo importante en este proyecto, y que tampoco han podido ser incluídos (solamente hay opción para 8 miembros en la solicitud oficial).
La implementación de este programa será gradual y requiere de la implicación de la dirección del centro (hospital Royo Villanova). Además, sería deseable la implicación de Atención Primaria del sector 1 (adultos y Pediatría) y del hospital Nuestra Señora de Gracia.
Se reevaluará la dedicación de los diferentes integrantes del grupo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO CABESTRE GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· LAZARO SIERRA JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El ingreso hospitalario brinda a los profesionales de salud una oportunidad única para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar.
Sabemos que el 14% de los pacientes ingresados se mantiene abstinente a las 12 semanas y un 66% que se mantienen abstinentes durante el ingreso, retoman el consumo en las 4 semanas siguientes al alta.
Nos encontramos en un momento vulnerable. Si conseguimos controlar el síndrome de abstinencia existen posibilidades actuales y futuras de abandono del hábito.
Realizando una intervención como: identificación del paciente, diagnóstico, tratamiento y monitorización del seguimiento y al alta derivación a una consulta especializada se podrían conseguir grandes resultados.
Actualmente la intervención sobre el paciente hospitalizado es mínima o inexistente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Para llevar a cabo este proyecto debemos dar información y formación a nuestros compañeros profesionales sanitarios, siendo éste uno de nuestros más valiosos objetivos.
La deshabituación es más adecuada y efectiva si es ofrecida por un experto en tabaquismo.
Pretendemos implantar un protocolo de identificación de pacientes fumadores, ingresados a cargo de nuestro servicio, para el inicio de la deshabituación durante el ingreso, llevando el seguimiento posterior desde la consulta de enfermería de terapias respiratorias. Este servicio podría ser posteriormente ampliado a otras plantas del hospital aumentando las horas de enfermería dedicadas a ello.
La historia del paciente, no suele recoger el tabaquismo como enfermedad en la anamnesis.
Trabajaremos para cambiar esta situación y que sea más fácil la captación del paciente y la intervención sobre esta enfermedad, realizando charlas para el personal médico y de enfermería.
Estando filiado como paciente fumador, será más sencillo que su médico o su enfermera en planta lo derive para intervenir, o incluso que, cualquier sanitario, al ver este dato en la historia pueda realizar una intervención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Pacientes respiratorios derivados, en una primera fase, por el servicio de Neumología. La captación la podrá realizar tanto médico como enfermera, a través de una Hoja de Consulta dirigida a Deshabituación Tabáquica.
Realizaremos una intervención conductual, además de los test de dependencia y de motivación. Realizaremos una historia completa de su tabaquismo, recogiendo tiempo fumando,cantidad de paquetes año, intentos previos de cesación, motivos de fracaso anteriores... además de los datos antropométricos, IMC, cooximetría,...
Esta parte la realizará el enfermero experto en tabaquismo.
Si el paciente es receptivo a comenzar una deshabituación, plantearemos el tratamiento, conjuntamente con el neumólogo responsable de la deshabituación y de acuerdo con el médico responsable del paciente.
Realizaremos seguimiento durante el ingreso intentando detectar los problemas a los que se va a enfrentar este paciente, dándole las pautas necesarias para mantener su cesación tabáquica al alta.
Programaremos consultas de seguimiento durante, al menos, un año. Irán a cargo de la consulta de enfermería de respiratorio y del enfermero experto en tabaquismo, con la colaboración y respaldo de los neumólogos que se mantendrán informados de la evolución del paciente.

La frecuencia con la que actuaremos:
1 visita o las necesarias antes del abandono.
Máximo 1 semana tras la fecha de abandono.
15 días del abandono (posiblemente la visita de los 15 días sea telefónica, en función de la situación).
1 mes.
3 meses
6 meses
Al año.

Es posible que se precisen visitas extras, especialmente si existen recaídas o la dependencia está muy acentuada.
Valoraremos también la necesidad de alguna llamada telefónica, en dependencia del caso.

Esperamos aumentar así el número de intentos de cesación, y con ello aumentamos el número de éxitos en la misma, con lo que supone para la calidad de vida del paciente y la mejora en el pronóstico de su enfermedad, además de reducir la
frecuentación a los servicios sanitarios.

Proyecto: 2016_0737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizarán los test de dependencia y de motivación a los pacientes fumadores ingresados en los servicios de neumología y de cardiología en los que se intervenga sobre tabaquismo y se revisará su historia un año después del alta, volviendo a realizar dichos test si siguen siendo fumadores.
Se realizarán consultas de seguimiento del proceso durante, al menos, un año, salvo abandono o recaída.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio segunda quincena de octubre.
Se informará al servicio de Neumología del inicio de este proyecto de mejora. Se incidirá durante este mes de octubre y noviembre en la inclusión del tabaquismo como diagnóstico en la historia clínica y de enfermería.
Se instruirá al personal de enfermería de dicho servicio en la necesidad de reflejar el tabaquismo en la historia de enfermería. También se informará a urgencias para intentar que lleguen ya filiados como fumadores a la planta.
Se realizará una sesión clínica para personal de enfermería del hospital el 28 de octubre.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto de mejora ya fue presentado y aprobado en la convocatoria anterior, pero no ha sido posible ponerlo en marcha hasta ahora. En estos momentos ya está a punto de comenzar a desarrollarse.

10. OTRO ENFOQUE. Deshabituación tabáquica

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ROSELL ABOS MARIA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BRUNA LAGUNA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades respiratorias consumen una enorme cantidad de recursos económicos.
En España, el Hospital de día de Neumología (HDN) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el ahorro de recursos económicos sanitarios a la vez que permite un seguimiento estrecho de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
Nuestro objetivo es optimizar los recursos a nuestro alcance con el objetivo de mejorar la atención del paciente respiratorio e intentar reducir de manera significativa la demanda en los servicios de urgencias y el periodo de estancia durante el ingreso hospitalario.
Por otra parte se intentara mejorar el seguimiento del paciente y la calidad de la atención del mismo.
Añadir que la integración en la practica clínica de tratamientos biológicos y antibióticos de administración intrahospitalaria (omalizumab, mepolizumab, colistina, tobramicina inhalada…) genera la necesidad de crear un espacio donde poder atender a los pacientes en un entorno adecuado y administrar esos fármacos con seguridad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ser costo-eficientes en la atención de los pacientes respiratorios crónicos
Evitar estancias hospitalarias y frecuentación de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
De las actividades en desarrollo propuestas en el AG 2016 para el funcionamiento del HDN:
• Se comunicó a través de la Dirección de Atención Primaria del Sector I la puesta el marcha del HDN a los Coordinadores de los CS del Sector I.
• Se comunicó al Servicio de Urgencias la puesta el marcha del HDN.
• El primer paciente citado fue el 6 de octubre/201.
Se publicó un artículo en El Periódico de Aragón de la puesta en marcha del HDN.
Se ha conseguido financiación para equipamiento y la realización de un análisis de efectividad y costes de la puesta en marcha del HDN por parte de laboratorios Praxis Pharma. Ferrer Internacional SA y Menarini a través de la fundación Pneumaragon de la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR).

Oferta de servicios:
Se ha habilitado la hab 216 como espacio para HDN con 4 puestos de atención: 1 cama y 3 sillones, con conexión de oxigeno y vacío.
Horario de atención: 7:30 a 15 horas, programada o urgente.
Teléfono de atención continua para recepción de mensajes.
Actividades y procedimientos:
- Enfermedades obstructivas de las vías aéreas: EPOC, asma grave, bronquiectasias.
- Cáncer de pulmón
- Derrame pleural
- Enfermedad pulmonar intersticial
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Altas precoces de EPOC y asma agudizados
- TEP estable y neumonía
Podremos llevar a cabo los siguientes procedimientos:
- Análisis sanguíneos y gasometría arterial
- Técnicas radiológicas simples:ECO, PAAF
- Pruebas funcionales respiratorias: pulsioximetría, espirometría, medición del pico -flujo.
- ECG
- Cuidados pre- y postécnica invasiva
- Técnicas pleurales
Se podrán administrar fármacos vía iv e inhalada para valorar tolerancia, terapias biológicas…
Adaptación de VMNI.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Resultados parciales a fecha 31 de marzo: 503 pacientes antendidos (35% para administración de tratamientos especiales, 25% por agudizaciones de patología respiratoria crónica, 20% por altas precoces (neumonías, EPOC, Asma, TEP) y 20% para realización de técnicas de Neumología Intevencionista.
La evaluación detallada procede al año de su apertura con los siguientes indicadores: actividad global, evolución temporal, comparativa con hospitalización y urgencias, indicadores de calidad (reingresos, fallecimientos, reducción de costes y satisfacción del usuario.

Proyecto: 2016_1470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se mantiene una actividad clínica estandarizada

Se registran los datos de pacientes atendidos en la base de datos creada al efecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1471 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR (CONTINUACION AG 2016)

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CARRETERO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ CAMO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· JIMENEZ FRANCES MERCEDES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, que afecta aproximadamente a unos 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños)..
Coste del Asma en España: 2% del gasto sanitario (unos 1480 millones) el 70% por mal control del Asma. Sabemos que solo un 30% de asmáticos están bien controlados y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son, por lo que son necesarios un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados de los pacientes con Asma.
Desde SEPAR y desde SEAIC, se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma, sobre todo con Asma grave (AG) y de difícil control. En España, la creación de Unidades Monográficas de Asma ha resultado ser costo-efectiva.
El HRV dispone de Alergólogos y Neumólogos formados en Asma que pueden, con una dotación adecuada de personal de enfermería y unos recursos materiales imprescindibles, poner en marcha una Unidad Conjunta que atienda de forma integral a pacientes con AG.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Objetivo principal
Creación de una Unidad de Asma Grave (UAG) conjunta (Alergología y Neumología) en el Hospital General Royo Villanova.
2- Objetivos secundarios
Mejorar el grado de control de los pacientes con Asma.
Asegurar el diagnóstico de Asma y e identificar pacientes con diagnóstico erróneo.
Disminuir el consumo de recursos sanitarios de los pacientes con Asma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizadas respecto al proyecto del AG 2016:
- Actualización bibliográfica.
- Potenciación del protocolo de derivación de pacientes con Asma entre AP y AE.
- Se han realizando visitas presenciales en cuatro Centros de Salud del Sector I para su implantación a través de la Interconsulta Virtual (Actur Sur, Picarral y Parque Goya y Zuera)
- Elaborado el proyecto de Unidad de Asma Grave conjunto Neumología-Alergología.
- Obtenida financiación de la fundación Pneumaragón de la Sociedad Aragonesa de Aparato Respiratorio (SADAR) para determinar el "Impacto en el diagnóstico y control del asma de la puesta en marcha de un protocolo de derivación de pacientes asmáticos entre AP y AE" (Proyecto IMPRODA)

Oferta de servicios:
Ubicación de la consulta:
Box de pediatría.
Horario: Consulta monográfica de Asma: 11.00 a 13 h.
UAG: de 13:00 a 14:00. Casos conjuntos Neumología-Alergología.
Consulta de enfermería
Identificación inequívoca del paciente
Realización de pruebas complementarias (FeNO, espirometría) y test de control del asma (ACT) (TAI) y adherencia a inhaladores.
Educación en asma.
Consulta médica
Entrevista clínica, análisis de pruebas y tests complementarios para determinar un diagnóstico y proponer un tratamiento con plan de acción por escrito.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
- % de pacientes en los que se excluye el diagnóstico de Asma (estimado: 30%)
- De mejora del Control del Asma

Mejoría de al menos 4 puntos en el ACT
Disminución del nº de exacerbaciones, ingresos y visitas no programadas.
Disminución de la dosis diaria de corticoides inhalados y orales.
Mejoría de la función pulmonar /FEV1)
- De satisfacción del paciente
- De costes derivados del tratamiento y de la mejora del control del Asma

Proyecto: 2016_1471 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR (CONTINUACION AG 2016)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se ha puesto en marcha la Unidad de Asma de Neumología y creada base de de datos de asmáticos.
Se ha adiestrado a la enfermera de la consulta en educación al paciente, adherencia a inhaladores y realización de espirometrías.
Se ha presentado a la Dirección del Centro el proyecto IMPRODA.
Pendiente de habilitar circuito de derivación y feed-back con Alergología, de pacientes con Asma grave o con necesidad de estudio alergológico

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SANTOLARIA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· LAZARO SIERRA JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BRUNA LAGUNA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) consigue tratar a pacientes con insuficiencia respiratoria mediante soporte ventilatorio fuera de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) evitando los efectos secundarios propios de la sedación, las infecciones nosocomiales y disminuyendo el coste de la asistencia e ingreso de estos pacientes.
En España, el 95% de los servicios de Neumología disponen de VMNI en el paciente agudo. Las Unidades de Monitorización Respiratoria (UMR) son un paso básico y fundamental para una atención de calidad.
En el HRV, los Servicios de Neumología y Urgencias han elaborado un protocolo para la atención integral de pacientes que precisan VMNI, si bien en la actualidad, los pacientes quedan ingresados en camas de hospitalización convencional, en ocasiones fuera de la planta de Neumología, lo que dificulta el control, seguimiento y atención adecuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poner en marcha una UMR integrada en la planta de hospitalización convencional.
Mejorar la atención sanitaria a pacientes que precisen VMNI.
Realizar un análisis de rentabilidad de la UMR.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cursos de formación avanzada en VMNI para enfermería.
Tres Neumólogos con la formación adecuada, expertos en VMNI. Uno de ellos (Dr Santolaria) con experiencia en el desarrollo de la UMR del HCU.
Aceptado por la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR) un proyecto sobre el análisis de rentabilidad de la UMR financiado por la Industria Farmacéutica a través de la fundación Pneumaragon que permitirá equipar la UMR.
Aparatos de VMNI, interfaces, capnógrafo… son cedidos por Air Liquide.
Incluir en Cartera de Servicios la Unidad de Monitorización Respiratoria del HRV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Variables e indicadores de seguimiento
Se registrarán los pacientes que han precisado VMNI durante el periodo de un año previo a la apertura a la UMR y aquellos que han sido atendidos en la UMR en el primer año de su apertura.
De ambos grupos se recogerán las siguientes variables: diagnóstico, procedencia, pertinencia del ingreso, días de estancia, días de uso de VMNI continua, satisfacción con el dispositivo, necesidad de VMNI al alta, reingresos, mortalidad global.
Análisis estadístico:
Análisis comparativo de las variables de pacientes tratados con VMNI antes y después de la puesta en marcha de la UMR
Análisis comparativo de costes en ambos grupos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero a Abril/17:
Elaboración del proyecto
Identificación de recursos disponibles y necesarios
Mayo/17 a Septiembre/17:
Formación en VMNI en Neumólogos y Enfermería
Adecuación habitación 201.
Equipamiento
Creación de la base de datos de pacientes y variables
Septiembre/17
Puesta de la Unidad y del protocolo de VMNI conjunto con Urgencias.
Identificación de problemas y corrección de errores
Septiembre/18:
Análisis de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR ZARAGOZA I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA PEREZ TRULLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ ROIG MIGUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El objetivo de este Proyecto de Calidad es elaborar una Guía consensuada, entre Neurología, Geriatría y Psiquiatría, para la atención al paciente con demencia en el Sector I de Zaragoza.
El reconocimiento, evaluación y tratamiento de los pacientes con demencia es uno de los problemas más comunes de la asistencia a los ancianos y supone un importante coste económico tanto a nivel de pruebas complementarias, tratamiento e ingresos. Ninguna demencia debe ser considerada normal o debida a la edad. Las demencias son la quinta patología en incidencia y prevalencia, tras las enfermedades respiratorias, las cardiovasculares, el cáncer y los traumatismos y en este momento supone la 10ª causa de fallecimiento a nivel global y la 4ª en personas > 65 años. Afecta a 24 millones de personas a nivel mundial, para el 2040 se calcula que serán 80 millones. En España afecta a unas 500.000 personas y para el 2025 se estima que serán 1.200.000 personas. Este aumento del nº de pacientes se debe tanto al envejecimiento de la población, a la mayor supervivencia de las personas y al aumento de los diagnósticos de este proceso. Su prevalencia oscila entre el 5.2-14.9% de las personas > 65 años, pudiendo estimarse aproximadamente que otro 20% presentan síntomas de deterioro psíquico significativo, aunque no en grado de ser considerada una demencia. Esta prevalencia se duplica cada 5 años a partir de los 65 años. Su incidencia > 65 años es de 1.5 casos/100 sujetos/año (para EA 1/100 sujetos > 65/año). El 50% de los pacientes afectados por una demencia no son reconocidos como tales ya que el entorno tiende a minimizar los síntomas o atribuirlos a una evolución lógica unida al proceso inexorable del envejecimiento. Si se lograse retrasar el inicio de la EA 5 años su frecuencia disminuiría en aproximadamente un 50%.
Aunque existe una uniformidad a nivel global entre los diversos servicios que atienden a estos pacientes, esta no es total y existen disparidad de criterios o duplicidad de atenciones lo que conlleva aumento del coste de la atención a estos pacientes y duplicar o incluso triplicar consultas lo que repercute no solo en el coste y atención al paciente sino también en la sobrecarga al cuidador. Los criterios establecidos son fundamentales para la toma de decisiones y es importante que estos sean comunes con independencia de que la atención se preste en Atención Primaria, en un servicio de urgencias o a nivel de atención especializa bien en CME o en hospital y dentro del mismo en un servicio u otro.
Aunque desde hace años existe una coordinación entre los Servicios de Geriatría, Psiquiatría y Neurología del Sector Zaragoza 1 para la atención a los pacientes con demencia, con este Proyecto de Calidad queremos oficializarlo y verter las ideas en una Guía consensuada que permita no solo una atención de alidad a estos pacientes con demencia sino que sea uniforme a la hora de establecer unos criterios de tratamiento y seguimiento que redunde no sólo en una mejor asistencia sino también en una gestión más adecuada, objetiva y uniforme de los recursos existentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo será:
- Establecer un marco preciso de derivación de los pacientes con demencia a las consultas de Atención Especializada (Neurología/Geriatría/Psiquiatría).
- Determinar a que especialidad debe estar dirigido en primer lugar el paciente con demencia.
- Establecer los criterios de derivación y pruebas a realizar previas a la derivación.
- Establecer las indicaciones de pruebas a realizar en estos pacientes en función del protocolo establecido.
- Establecer la indicación de tratamiento específico para la demencia y la supresión del mismo.
- Establecer los tratamientos sintomáticos más adecuados en función de las manifestaciones clínicas.

Además queremos establecer charlas de formación y orientación para Atención Primaria y ocasionalmente también en Urgencias del Sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un Protocolo consensuado entre los tres servicios y hacerlo extensivo a los diversos profesionales que prestan también atención a estos pacientes como son los médicos de Atención Primaria, Medicina Interna y Urgencias. Para ello, el Protocolo deberá incluir:
- Criterios de derivación a cada uno de los Servicios para evitar duplicidades o rederivaciones.
- Criterios de diagnóstico y Pruebas Complementarias en función fundamentalmente de la sospecha clínica, la edad y la situación cognoscitiva.
- Criterios de inicio y supresión del tratamiento específico.
- Indicaciones y tipo de tratamiento sintomático y complicaciones.
- Pautas de atención por Atención Primaria y en Urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disminución de derivaciones inadecuadas.
- Disminución de citas duplicadas o triplicadas por el mismo motivo.
- Disminución de la atención en urgencias por complicaciones.
- Detección de problemas derivados de la atención a estos pacientes y solución del mismo.

Proyecto: 2016_0344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR ZARAGOZA I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

- Grado de satisfacción del familiar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tan pronto como se confirme la concesión del Proyecto y hasta la elaboración definitiva del Protocolo consensuado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0995 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

2. RESPONSABLE ..... CONSUELO RIOS GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN GUERRERO MARINA. PSICOLOGO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GARCIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GIMENEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· MONZON MONGUILOD MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene, considerándose cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública. El paciente con insomnio se queja principalmente de su insatisfacción con la calidad y/o cantidad del sueño. El insomnio casi siempre se presenta asociado a fatiga diurna y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o incluso estado de ánimo deprimido. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos. Varios estudios han demostrado una asociación del insomnio con un peor estado de salud en general y con la percepción de la propia salud como mala. El insomnio tiene importantes consecuencias sanitarias y económicas, además del deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Los insomnes consultan con más frecuencia los servicios sanitarios y consumen más fármacos respecto a las personas que no sufren insomnio. Por otra parte, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas, como la diabetes, y psiquiátricas, como la depresión. Asimismo, el insomnio se ha asociado con un mayor absentismo laboral, una reducción de la productividad en el trabajo y una mayor siniestralidad laboral. Los estudios ponen de manifiesto que los costes indirectos del insomnio, relacionados con la pérdida de recursos, pueden llegar a ser superiores que los directos.
Alrededor del 30 % de la población sufre insomnio a lo largo de su vida y en un tercio de los casos se cronifica. La prevalencia del insomnio crónico en la población general se estima en el 9%. Durante el día, el paciente con insomnio crónico tiene problemas que afectan tanto a su salud como a su funcionamiento social y laboral. Cuando el insomnio se cronifica se asocia con una mayor comorbilidad, incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. En el tratamiento del insomnio crónico, sólo han demostrado eficacia dos modalidades: la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) y los agonistas de los receptores de las benzodiacepinas. La TCC son un conjunto de técnicas de psicoterapia breve que pueden aplicarse en sesiones individuales o de grupo y entre las cuales se incluyen las siguientes: 1) técnicas de control de estímulos para reforzar la asociación cama-sueño; 2) terapia de restricción de tiempo en cama, que es especialmente efectiva para mejorar la eficiencia de sueño; 3) técnicas de relajación para reducir la tensión y los pensamientos intrusivos. La terapia cognitiva consiste en identificar los pensamientos y las expectativas ilógicas que angustian al paciente para así poder clarificarlas y corregir los pensamientos disfuncionales, que a su vez tienen claras consecuencias conductuales.
Se selecciona un grupo de pacientes con insomnio crónico en la consulta monográfica de Trastornos del Sueño del HRV y se pone en marcha un programa de abordaje psicológico del insomnio. La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la única que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del insomnio crónico. El objetivo de estas técnicas es cambiar los factores que inducen a la cronificación y mantenimiento del insomnio, incluyendo factores conductuales, psicológicos y fisiológicos como el hiperarousal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a. Tratamiento del insomnio para disminuir su cronificación y la comorbilidad asociada.
b. Disminuir las patologías y quejas somáticas asociadas (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, cefaleas, dolores no específicos).
c. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de su propia salud, así como su funcionamiento social y laboral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se crea un programa de abordaje psicológico para pacientes con insomnio crónico. Se incluyen 13 pacientes (4 hombres y 9 mujeres) y se organizan 6 sesiones de psicoterapia en el HNSG. Se les administra unos cuestionarios para tener una valoración basal y otra al final del tratamiento para ver el índice de gravedad del insomnio (ISI) y la calidad del sueño (PSQI). La terapia cognitivo-conductual (TCC) incluye intervenciones psicológicas de tipo cognitivo y técnicas educativas, informando al paciente acerca de la higiene del sueño, y técnicas de tipo conductual, como la restricción del tiempo en la cama, el control de estímulos y las técnicas de relajación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Número de pacientes que han completado el tratamiento de TCC en el HNSG.
b. Resultado de los cuestionarios ISI y PSQI al finalizar el tratamiento, comparándolo con el basal.
c. Grado de satisfacción por parte de los pacientes.

Proyecto: 2016_0995 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa de abordaje psicológico se desarrolla a lo largo de 2 meses y se imparten 3 sesiones/mes en el HNSG (los 3 primeros viernes de cada mes), con una duración de 90 minutos/sesión. Está coordinado por la psicóloga.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1785 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA VIÑALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMADA AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERRERO EGEA ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· RIVAS PALOMA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Denominamos presbiacusia a la alteración de la función auditiva relacionada con el envejecimiento.
Debido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, la presbiacusia se está convirtiendo en una patología con una prevalencia creciente, estimándose que afecta al 50% de los mayores de 65 años.
Se ha detectado en los últimos años, un elevado aumento en el numero de revisiones de pacientes con presbiacusia en la consulta de ORL lo que conlleva un elevado consumo de recursos sanitarios.
Además hay gran variabilidad en el manejo de este problema entre los facultativos especialistas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar los recursos del Sº de ORL dedicados a la atención de los pacientes con presbiacusia, al establecer criterios claros de seguimiento y alta en el servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mantener reuniones en el Sº de ORL, para la creación de un protocolo de actuación consensuado.

Reuniones de seguimiento para valorar el grado de cumplimiento del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo existente en el Servicio de ORL y puesto en marcha.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: mayo/2017.
Definición del Protocolo: junio/2017
Evolución de la aplicación del proyecto: cada 3 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ CASTAN LARRAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
· RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
· MIGUEL SANZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
· GIMENEZ SALVADOR EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
· PEREZ LOPEZ NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La prescripción de fármacos dentro de las unidades asistenciales supone una práctica habitual que debe de contener aspectos técnicos y de seguridad clínica. Las urgencias pediátricas, de manera específica, prestan asistencia a un paciente en edad infantil de manera inmediata y con un tiempo limitado, que condicionará la farmacoterapia por su peso y talla. Será necesario adecuar y optimizar la dispensación medicamentosa para reducir o minimizar errores en dosificación, vías de administración, efectos secundarios y peculiaridades específicas de los principios activos utilizados. Se trata de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad e incrementar la calidad asistencial, durante el proceso de utilización de medicamentos en pacientes durante su edad pediátrica. Se plantea la revisión y selección de fármacos idóneos que se prescriben, elaboración de una guía así como un documento gráfico de consulta rápida a pie de paciente (tríptico) y diseño de póster que se ubicarán en las áreas asistencial específicas, en los que se recojan las características propias de los fármacos dispensados para facilitar la práctica clínica segura y óptima.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende como objetivo principal el de optimizar la farmacoterapia dentro de las urgencias pediátricas que proporcione una adecuada asistencia clínica y de calidad. Entre los objetivos secundarios podemos englobar:
-Adecuar la prescripción medicamentosa en el paciente infantil
-Reducción de la variabilidad profesional prescriptora
-Manejo seguro de fármacos
-Conocimiento de reacciones adversas y efectos secundarios así como peculiaridades propias de los principios activos.
-Minimizar errores en la administración farmacológica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración y actualización de una guía farmacológica para urgencias pediátricas plasmada en soporte gráfico (tríptico, póster) que contenga indicación, dosificación adecuada a peso y talla, vía de administración, efectos secundarios, interacciones, reacciones adversas y peculiaridades específicas de los principios activos.
-Difusión y distribución entre los colectivos susceptibles de uso (pediatras, residentes de pediatría, médicos de familia, residentes de médico de familia, enfermería especializada y generalista).
-Encuesta de valoración acerca de la utilidad de la herramienta diseñada.
-Mantener su actualización en períodos razonables (anual).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Reducción de errores de prescripción: < 5%
-Minimizar efectos secundarios farmacológicos: <10%
-Evitar dosificación inapropiada por peso y talla: <1%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Diseño y elaboración de guía farmacológica para urgencias pediátricas: Octubre-Diciembre 2016.
-Información, difusión y distribución entre colectivos receptores: Enero-Marzo 2017
-Evaluación de prescripción adecuada basada en tríptico y póster informativos: Abril- Septiembre 2017
-Recogida de indicadores y valoración global: Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... ROGELIO SERRANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZUECO POLA MARI CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· ORTIZ AVILA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· CHENLO TONCEDA SILVIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MEDIEL CHUECA FRANCISCO ISMAEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· PARICIO GARCIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· GIMENO GIRAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· FERNANDEZ CASTRO OLGA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cuando el paciente ingresa en la unidad la enfermera toma el informe elaborado por el médico como base para la cumplimentación de la historia de enfermería, la cual se realiza de forma manuscrita. Al alta se realiza el informe de continuidad de cuidados, informatizado en una hoja de Excel, en el mismo se anotan la mayor parte de los datos contenidos en al historia de enfermería, pero como estos están manuscritos hay que pasarlos a dicho informe mediante el teclado del ordenador.

La importancia y utilidad es permitir implantar un sistema informático de planes de cuidados enfermeros flexible que se puede modificar con facilidad y a coste cero con una ganancia de tiempo una mayor claridad y orden de las anotaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es asociar los dos pasos; capturar los datos del informe de urgencias, copiarlo y pegarlo una vez sintetizado y parcelado según los dominios de la salud de la NANDA 15/17 en la historia de enfermería y esta a su vez como hemos dicho anteriormente asociarlo con el informe de cuidados de enfermería.

Se facilitaría mucho el trabajo y una mayor cumplimentación tanto de los patrones/dominios de la salud de la historia de enfermería como el informe de continuidad de cuidados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un libro de Excel con cuatro hojas una para la historia de enfermería, otra para informe de continuidad de cuidados y para un trabajo posterior una tercera y cuarta para los criterios NIC y NOC. Las dos hojas primeras de historia e informe de continuidad de cuidados serían similares y estarían asociadas mediante las formulas correspondientes en casi todo, para no tener que volver a transcribir los mismos datos, en esta última hoja quedarían dos apartados que por razones obvias no se pueden asociar que son los del destino al alta y la evolución de los diversos problemas durante el ingreso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nivel de satisfacción del personal de enfermería de la unidad con el nuevo sistema de recogida de datos.

Fórmula:

Nivel de satisfacción con el nuevo sistema

Nivel de satisfacción con el anterior sistema

Fuentes de datos: Encuesta de satisfacción entre el personal de enfermería con diversas preguntas de comparativa entre este nuevo sistema y el anterior con ítems valorados de 1 a 5 de nada satisfecho a muy satisfecho.

Estándar: 80%

Comentarios: Es adecuado, cuando un nuevo sistema de trabajo se implanta tener presente al personal que lo va desarrollo para que se sientan implicados en el mismo.

Proyecto: 2016_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

2. Número de historias de enfermería rellenadas con el nuevo método.

Fórmula:

Número historias de enfermerías rellenadas con el nuevo método.

Número total de ingresos

Fuentes de datos: Revisión de historias de enfermería al ingreso.

Estándar: 50% al ingreso y 100% al finalizar el periodo de implantación.

Comentarios: La implantación se haría de forma paulatina, perviviendo en un principio el papel y la informatización para dar seguridad al personal.

3. Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.Fórmula:

Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.

Número toral de pacientes ingresados

Fuentes de datos: Revisión de historias de enfermería durante todo el ingreso y hasta la fecha de alta.

Estándar: 90%

Comentarios: Actualmente como se hace de forma manuscrita no llega al 10% el total de historias de enfermería en las cuales se rellenan los diversos apartados siguiendo los patrones de salud.

4. Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Fórmula:

Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Número de altas totales

Fuentes de datos: Revisión de las historias al alta buscando el Informe de continuidad de cuidados.

Estándar: 100%

Comentarios: Actualmente el porcentaje de relleno es bastante elevado superior al 80%, es uno de los apartados que se analizan para la distribución de la productividad variable.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
4

Reunión con servicio de informática para protección de los archivos de los pacientes y asegurar confidencialidad: 4 semana

Charlas con las diversas enfermeras para explicar el funcionamiento del nuevo sistema: semana 5 y 6

Puesta en marcha del programa en papel e informático: semanas 7 y 8

Puesta en marcha del programa solamente informático: a partir de la semana 9

Evaluación de los indicadores: desde la semana 7 hasta la 16

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

Proyecto: 2016_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0724 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROTOCOLO DE TEC DESDE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS Y AMBULATORIOS

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO ARILLA AGUILELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOZANO SORIANO ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MAYAYO CASTILLEJO EVA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· SERRANO LAZARO ROGELIO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MEDIEL CHUECA FRANCISCO ISMAEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La aplicación de terapia Electroconvulsiva (TEC) en la unidad de psiquiatría del HRV se ha venido haciendo de forma habitual desde hace más de 25 años. En la actualidad se aplica en la sala de despertar de quirófano con anestesista y el apoyo del personal de enfermería de la sala. Los pacientes que son incluidos proceden tanto de hospitalización como ambulatorios mediante su paso por la CMA
Uno de los procedimientos de seguridad, "identificación inequívoca del paciente de TEC" ha sido incluido en los acuerdos de gestión pero no existe un protocolo por escrito de las indicaciones, pruebas complementarias a realizar previas, contraindicaciones, técnicas, etc. No esta adecuadamente estandarizado el procedimiento para establecer la indicación del TEC ambulatorio de mantenimiento ni como realizar su seguimiento dando riesgo a duplicidades de consultas o discordancias de criterio. A esto se suma que no existe un registro de la actividad realizada que permita cuantificarla
Todas estas fuentes de variabilidad se convierten en la diana de la elaboración de este protocolo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un protocolo que permita una homogeneidad en la indicación de TEC, acceder a un registro fiable de la actividad realizada y estructurar como hacer el seguimiento de los pacientes en TEC de mantenimiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Revisión de la Guía para el TEC de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y otras guías y protocolos y adaptación a nuestro entorno mediante la creación de grupo de trabajo (Alfonso Arilla)
2.- Difusión al resto de profesionales de hospitalización y del CSM (Eva Mayayo)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Documento elaborado
Reunión de difusión en hospitalización
Reunión de difusión en CSMC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones para revisión de guías y protocolos: Enero- Marzo 2017
Elaboración del documento: Abril 2017
Difusión Mayo Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1012 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARILLA AGUILELLA ALFONSO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· LOZANO SORIANO ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· CASAS LECHON ELOINA. PSICOLOGO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· GIMENO GUIRAL PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· PARICIO GARCIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· BERNE BORDONADA LOURDES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una planta de hospitalización de psiquiatría es un espacio en el que surgen numerosos elementos que desafían las medidas de seguridad para el paciente, desde intentos autolíticos hasta episodios de heteroagresividad pasando por incidentes como el incendió sufrido hace 2 años y medio en nuestra unidad.
Como parte del protocolo de contención mecánica y siguiendo las recomendaciones del manifiesto de Cartagena para eliminar las medidas coercitivas se planteo la creación de un grupo que analizará las circunstancias que han llevado a cada situación de contención, que se podía haber hecho para evitarlas y monitorizar si se ha desarrollado el protocolo correctemente.
La historia reciente de la unidad con un intento grave de suicido hace algo mas de un año y el incendió de hace dos años y medio aconsejo incluir este tipo de incidentes críticos en el grupo de análisis

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera que el hábito de reflexionar sobre los incidentes surgidos en la planta nos lleve a mejorar las medidas preventivas, a controlar las situaciones con más eficacia y menos riesgo para los pacientes y a desarrollar un espíritu de autocrítica constructiva

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantea iniciar grupos quincenales en los que se revise los incidentes surgidos en ese periodo en la planta desde la perspectiva de:
Exposición del incidente por parte del miembro del grupo que lo viviera de forma más directa
Revisión de los antecedentes de la situación: Qué llevó a la situación descrita, que se hizo bien y que se hizo mal
Monitorización de las medidas empleadas, especialmente en los casos de contención y verificación de la aplicación correcta del protocolo de contención
Exposición de recomendaciones futuras
Los incidentes a analizar serán las contenciones mecánicas realizadas y los que el personal de enfermería aporte como susceptibles de ser analizado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de protocolos de contención monitorizados respecto al total de contenciones realizadas que se encuentran recogidas en el registro de enfermería
Categorización del tipo de incidentes registrado ofreciendo un informe estadístico de los mismos a con la intención de definir los parámetros que un registro de incidentes debería recoger
Elaboración de un informe con las recomendaciones elaboradas a lo largo de los meses de implantación del grupo
Exposición de las conclusiones al conjunto de personal de la planta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciarán las reuniones en Diciembre y se mantendrán hasta Mayo de 2017, se elaborarán las conclusiones en Junio de 2017

9. OBSERVACIONES.
Este grupo se genera como experiencia piloto cerrada pero tiene la intención de convertirse gradualmente en un grupo abierto, estable a largo plazo con un responsable médico y otro de enfermería para extraer conclusiones y devolverlas al conjunto de trabajadores de la planta

10. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0755 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· ESBEC ALBALAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· ROCHE ORDUNA MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· SANTOLAYA SANCHEZ MARIA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· TOLON SORO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· BERDEJO GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la práctica diaria es preciso chequear los equipos y materiales del quirófano antes del inicio de la jornada quirúrgica, como parte de las prácticas de seguridad.
Dicha revisión pretende detectar posibles fallos en la reposición del mismo, desubicación o deterioro de equipos, o cualquier incidencia relacionada con la dotación básica del quirófano.
El desarrollo de un listado de verificación tipo checklist, pretende el diseño de una herramienta útil para la estandarización de las revisiones que realiza la enfermera quirúrgica en cada turno. Supondría una manera de dar soporte escrito a esta actividad enfermera destinada a mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia al paciente quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL:
Elaborar e implantar una lista de verificación seguridad de equipos y materiales quirúrgicos.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Dar soporte escrito a la revisión del quirófano como actividad enfermera.
Dar un uso óptimo a los equipos y materiales quirúrgicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El método incluye una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y revistas de impacto.
Formación de un grupo de trabajo
Realización de un inventario de los equipos y materiales
Diseño de un checklist inicial, puesta en marcha del mismo y registro de resultados.
Puesta en común con el conjunto de enfermeros quirúrgicos en sesión clínica, y posterior revisión y actualización del mismo si se estima necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de listados de verificación cumplimentados / total de días de desarrollo del checklist inicial
- Valoración del grado de cumplimiento de listado en función de los turnos de enfermería de mañana, tarde y noche.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se inició en el mes de septiembre, y está prevista una duración máxima de doce meses.
El calendario que se plantea es:
- Formación del grupo de trabajo, revisión bibliográfica e inventario de equipos y materiales: septiembre de 2016 – diciembre 2016
- Diseño del listado de verificación: enero 2017
- Puesta en marcha del listado inicial y registro de resultados: febrero - abril 2017
- Sesión clínica con el conjunto de los enfermeros quirúrgicos: mayo 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO JAVIER GIMENEZ CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· ROMEA TORRALBA DELIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· ZAPATER GONZALEZ CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· ALGUALCIL LAZARO JESUS. TER. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA
· FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Pertinencia de la acción que se propone:

El servicio de Urgencias del hospital Royo Villanova recibe una afluencia creciente de pacientes, llegando a saturarse en épocas de mayor presión asistencial. El servicio de Radiología cuenta únicamente con dos salas de radiología convencional y un telemando. El personal disponible debe repartirse en las diferentes salas y demandas de todo el hospital (quirófano, uci, portátiles …).
Dada la necesidad de respuesta efectiva en condiciones de gran presión y recursos limitados, convendría optimizar la coordinación entre ambos servicios.

Por otro lado, la dosis de radiación que recibe un paciente al realizársele una radiografía de abdomen es superior en al menos 50 veces a la de una radiografia de torax (aprox 1 mSv); esto es equivalente a 6 meses de radiación natural. Según el modelo lineal de efectos de la dosis supondría un aumento del riesgo de muerte (por cada 10mSv supone un 0,05% de exceso de muerte).

Los efectos de la radiación son mayores a menor edad del paciente, y máximos en los niños.

Analisis de la situación actual:

Cualitativamente, parece existir una baja adecuación de las peticiones de radiografía abdominal procedentes de Urgencias a las indicaciones de la SERAM, que son concisas y muy claras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar de forma sustancial la adecuación de las peticiones de radiografia abdominal en pacientes del servicio de Urgencias del Hospital Royo VIllanova.

Aumentar la seguridad de los pacientes de Urgencias, disminuyendo la radiación recibida.

Concienciar a los médicos peticionarios sobre las dosis típicas o estándar de los estudios mas comunes en radiología.

Establecer espacios de diálogo entre servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valorar el total de peticiones inadecuadas en un trimestre, según peticiones recogidas en programa Indra. (Se repartirá equitativamente entre los miembros del equipo. El técnico implicará a su compañeros para conseguir todas las peticiones con datos en caso de error o problemas en el marcado de las radiografías)

Realizar un cuestionario a los peticionarios, para evaluar el grado de adecuación de las solicitudes a las indicaciones aprobadas para la radiografia abdominal urgente; y nociones sobre dosis de radiación típicas de distintas exploraciones radiológicas.(Se consensual con los miembros)

Planificar los cambios y/o acciones de mejora necesarias
En un segundo trimestre realizar:
Sesión formativa corta (30 minutos) a adjuntos de Urgencias y Pediatría, en los turnos que fuese preciso, sobre las indicaciones y dosis estándar de distintas pruebas radiológicas. Se favorecerá el intercambio de opiniones y se comentarán posibles alternativas cuando no esté indicada la radiología simple.
También se ofrece formar a los residentes. (Los radiólogos del equipo)

Intentar que aparezca un flash (ventana emergente) cuando se clique la petición de rx de abdomen a un paciente para recordar las indicaciones al peticionario. (implicar a empresa encargada del PCH través de José Maria Ferreras Amez)

Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas, y realizar, si procede, los ajustes necesarios:

Proyecto: 2016_0443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En tercer trimestre pasar el mismo cuestionario que al principio y reevaluar el numero de peticiones adecuadas a través del programa informatico indra.(los mismos responsables)

Repetir el cuarto trimestre la evaluación de la adecuación de las peticiones para ver si se mantiene el grado de adecuación, a través de indra.(mismos responsables)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
DE PROCESO:

- NUMERO DE MEDICOS DE URGENCIAS QUE ASISTEN A LA SESIÓN FORMATIVA / TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)
- NUMERO DE MEDICOS QUE RESPONDEN AL TEST INICIAL/TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)
- NUMERO DE MEDICOS QUE RESPONDEN AL TEST FINAL/TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)

DE RESULTADO:

- PETICIONES DE RADIOLOGIA SIMPLE ABDOMINAL ADECUADAS A LAS RECOMENDACIONES SERAM / TOTAL DE PETICIONES DE RADIOLOGIA SIMPLE ABDOMINAL EN EL TERCER TRIMESTRE.
- LO MISMO EN EL CUARTO TRIMESTRE.
- % DE MEJORA DE LOS ACIERTOS DEL TEST FINAL VS TEST INICIAL.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año. Ver "método y actividades"

9. OBSERVACIONES.
Se podrá incorporar un 8º componente o modificar algún componente según la carga de trabajo o disponibilidad de los mismos

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias abdominales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0561 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOTERAPICO DE LA IMPLANTACION DEL PROTOCOLO FAST-TRACK PARA ARTROPLASTIA DE SUSTITUCION DE RODILLA O CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN RODRIGUEZ VICENTE
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTILLO MEDINA ANA ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· PUENTE OTIN SILVIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
INCIDENCIA DE PROBLEMAS POST QUIRÚRGICOS.
EN LA ACTUALIDAD EL PACIENTE NO REALIZA NINGÚN TRATAMIENTO PREVIO A LA CIRUGÍA QUE MEJORARÍA LA RECUPERACIÓN Y DISMINUIRIA EL TIEMPO DE RECUPERACIÓN

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL OBJETIVO PRINCIPAL ES QUE EL PACIENTE LLEGUE A LA INTERVENCIÓN EN LA MEJOR FORMA FÍSICA POSIBLE PARA AYUDAR A LA RECUPERACIÓN POSTERIOR.
IMPLICAR AL PACIENTE EN SU PROCESO DE RECUPERACIÓN

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-CAPTACIÓN DE PACIENTES SUSCEPTIBLES AL PROTOCOLO(TRAUMATÓLOGO)
-REALIZAR SESIONES FORMATIVAS PREVIAS A LA CIRUGÍA (FISIOTERAPEUTAS)
-SEGUIMIENTO EN PLANTA DURANTE INGRESO(ENFERMERÍA)
-VALORACIÓN INICIAL POSTQUIRÚRGICA(REHABILITADOR)
-REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO(FISIOTERAPEUTAS)
-VALORACIÓN FINAL DEL PACIENTE(REHABILITACIÓN)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº DE PACIENTES SUSCEPTIBLES E SER INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO - Nº DE PACIENTES INCLUIDOS *100
-Nº DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO POSQUIRÚRGICO - Nº DE PACIENTES TRATADOS POST CIRUGIA*100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ºMES :ESTABLECER LINEAS DE ACTUACION
DE 3º A 9º MES:IMPLANTACION DEL PROTOCOLO FAST TRACK
ULTIMO TRIMESTRE:EVALUACION DEL PROYECTO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROTESIS RODILLA Y CADERA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ROCIO ESCRICHE ROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· BONED BLAS PATRICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· DE FERNANDO GROS TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· BALLESTIN SOROLLA SONIA SOFIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SARASA CLAVER PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· CAMPOS GUTIERREZ ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· MIÑANO OYARZABAL ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo. Hace unos años se pone en marcha la iniciativa 'código infarto', que nace con la pretensión de organizar la red asistencial sanitaria aragonesa de forma que todos los pacientes con un IAMCEST sean reperfundidos priorizando la Angioplastia Coronaria Percutánea primaria (ICPp), cuando sea posible en los plazos de tiempo indicados para ello.
Hace dos años trabajamos en nuestro centro, de forma conjunta entre el servicio de urgencias y el de bioquímica, en la implementación de un nuevo biomarcador cardiaco, la troponina cardiaca ultrasensible (TnT us), que en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo permite disminuir el tiempo de diagnóstico, dada su alta sensibilidad, como ya se objetivó en los resultados presentados en dicho proyecto. En este contexto, quedaba pendiente la protocolización del manejo del Síndrome Coronario Agudo en nuestro centro, para lo que se creó un grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Urgencias, Cardiología y Cuidados Intensivos, donde se consensua el manejo de estos casos y se elabora un protocolo que fue presentado en sesiones hospitalarias el pasado mes de marzo, junto con la elaboración de trípticos simplificados para su difusión entre facultativos, diferenciándose el manejo del síndrome coronario probable, SCASEST y SCACEST.
En el síndrome coronario engloba los casos de dolor coronario de perfil isquémico, con o sin factores de riesgo cardiovascular, donde no se objetivan cambios electrocardiográficos isquémicos ni cinética enzimática positiva. Son casos que atienden a episodios de tipo anginoso donde no se objetiva traducción patológica inicial, pero cuyo perfil es sugestivo de isquemia. Para ello se decidió crear una unidad virtual en la sala de observación de urgencias, UDT (Unidad de Dolor Torácico), donde los pacientes permanecen a la espera de realización de un test de provocación de isquemia por medio de interconsulta con el servicio de cardiología. En los casos atendido en jornada prefestiva o fin de semana, se acordó el ingreso de los pacientes en planta hasta su resolución. Resulta interesante analizar los resultados de esta unidad virtual, para valorar el volumen de pacientes que, desde la implantación del protocolo, se ha podido beneficiar esta medida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Optimización del tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes que consultan por dolor torácico.
-Correcta gestión de la interconsulta en los casos definidos por protocolo hospitalario realizado.
-Análisis de resultados tras interconsulta con evaluación de hallazgos y medición de porcentaje de ingresos y altas domiciliarias.
-Adecuar el perfil de pacientes que consultan por dolor torácico, subsidiarios de realización de pruebas funcionales cardiológicas para filiación del proceso de forma temprana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión sistemática de los pacientes incluidos en la Unidad de Dolor Torácico en área de observación de urgencias.

-Analizar la secuencia de pacientes con permanencia en sala de observación de urgencias pendientes de interconsulta con cardiología, con tiempo medio de estancia hasta resolución del episodio, bien por medio de ingreso o alta domiciliaria.
-Evaluación de los hallazgos patológicos en las interconsultas realizadas.
-Análisis del destino de los pacientes tras permanencia en área de observación de urgencias con diagnóstico de dolor torácico.
-Evaluación de la adecuación de la solicitud de la interconsulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicador estancia media en observación
-Indicador de interconsultas a cardiología:
(Nº interconsultas a cardiología solicitadas/total de visitas a urgencias por dolor torácico)x100
-Indicador de procedimientos observación:
(Nº interconsultas a cardiología solicitadas/total de pacientes con permanencia en el área de observación de urgencias)x100
-Indicadores de destino:
(Nº pacientes con ingreso hospitalario tras interconsulta/total de interconsultas a cardiología realizadas)x100
(Nº pacientes con alta domiciliaria tras interconsulta/total de interconsultas a cardiología realizadas)x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

Duración de un año.
-Primer análisis: diciembre 2016 (pacientes atendidos de 1/6 a 31/12/16).
-Segundo análisis: junio 2017 (pacientes atendidos de 1/1 a 31/5/17).

9. OBSERVACIONES.
En función de los resultados obtenidos durante el análisis de pacientes, está prevista la realización de sesiones clínicas en el servicio de urgencias para actualizar el funcionamiento y desarrollo de la unidad clínica virtual en la sala de observación, con especial interés en la optimización de recursos hospitalarios y minimización de tiempos de espera en la filiación de los episodios de dolor torácico.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

2. RESPONSABLE ..... ALICIA BAGUENA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ESCRICHE ROS ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· CALLEJAS GIL INMACULADA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· PARDO VINTANEL TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· HERRANZ ANDRES CLARA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· GUTIERREZ MAGDALENA SONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años. El macroestudio sobre la Carga Mundial del Asma (OMS), puso de manifiesto el incremento generacional en la prevalencia de asma en adultos, notablemente mayor en España que en el resto de países participantes, donde la prevalencia media asciende al 10,3%, afectando al 5% de población adulta y 10% de población infantil.
El asma condiciona el 2% de los recursos de la sanidad pública. Estudios españoles recientes cifran los costes directos e indirectos del asma no controlada hasta en diez veces superiores a los del asma bien controlada, con un gasto medio anual de 1533€ por paciente en el Sistema Nacional de Salud español.
La prevalencia de asma grave no controlada en España se estima en torno a 80.000 pacientes y entre el 3-6% de los pacientes asmáticos presentan asma refractaria a los tratamientos convencionales, representando una parte considerable de los costes de salud asociados a esta enfermedad.
Las enfermedades del aparato respiratorio son la tercera causa de hospitalización en España, suponiendo un 11,5% del total de hospitalizaciones en España durante el 2014.
En el Hospital Royo Villanova, se atendieron en 2015 en Urgencias a 52411 pacientes de edad adulta, de los que el 74% fueron triados como urgencia médica. El 10.5% de las urgencias médicas correspondieron a pacientes con diagnósticos neumológicos, de los que el 7.7% estaban relacionados con procesos asmáticos. Estos datos nos llevan a pensar que la patología asmática está infradiagnosticada dentro de los procesos respiratorios en nuestro entorno de trabajo.
Todo ello, sumado a la disparidad de manejo actual de esta enfermedad según las últimas recomendaciones de la GEMA, nos han llevado a la realización de una vía clínica conjunta entre el servicio de Urgencias y Neumología para mejorar la calidad diagnostica, terapéutica y asistencial en este grupo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Estandarizar la clasificación de gravedad del paciente con asma agudizado desde su llegada a urgencias y generalizar la medición de pick-flow en triaje.
-Correcta identificación de pacientes con asma de riesgo vital.
-Disminución de estancia media en urgencias de crisis asmáticas.
-Correcto seguimiento del paciente asmático en urgencias, generalización del registro de datos en PCH y realización de evaluaciones periódicas.
-Disminución del número de ingresos de pacientes asmáticos.
-Adecuación del tratamiento según nivel de gravedad y estandarización de protocolo terapéutico, según recomendaciones de la GEMA.
-Estandarizar la entrega de un plan de cuidados al alta al paciente tras la atención urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre servicios de urgencias y neumología.
-Elaboración de una vía clínica del asma agudizado: protocolizar manejo del paciente (cumplimentación del registro de datos y realización de pick-flow en triaje, clasificación de gravedad, estandarización de pruebas diagnósticas y tratamiento en función de gravedad, y realización de evaluaciones periódicas en urgencias).
-Incorporación de tratamiento estandarizado en PCH.
-Impartición de sesiones clínicas en urgencias a medicina y enfermería.
-Elaboración de planes de cuidados al alta a los pacientes.
-Análisis periódico de asistencia en asma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicadores de seguimiento:
Estancia media de pacientes asmáticos en urgencias
Registro de datos: (Nº pacientes asmáticos con registro cumplimentado/Nº pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
Media de evaluaciones realizadas al paciente durante estancia en urgencias.
-Indicadores de destino:
(Nº pacientes con asma agudizado hospitalizados/Nº pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
(Nº pacientes con asma agudizado altados /Nº de pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
-Indicador de adecuación de tratamiento:
(Nº de pacientes con asma agudizado con tratamiento adecuado a nivel de gravedad/Nº pacientes con asma agudizado tratados en urgencias)x100
-Indicador de plan de cuidados al alta:

Proyecto: 2016_0078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

(Nº de pacientes con asma agudizado con plan de tratamiento escrito en informe de alta/Nº pacientes con asma agudizado altados en urgencias)x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primera sesión clínica:octubre 2016, presentación de via clínica en urgencias.
Sesiones clínicas con enfermería de urgencias: último trimestre 2016, estandarización de procedimientos y técnicas terapéuticas.
Primera medición: febrero 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/11/16 al 31/1/17).
Segunda sesión clínica en urgencias: primer trimestre del 2017, reforzar vía clínica.
Segunda medición: junio 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/2/17 al 31/5/17).
Tercera medición: octubre 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/6/17 al 30/9/16).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0747 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEUMONIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... SONIA SOFIA BALLESTIN SOROLLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ OLIVARES ELISA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· MORENO MIRALLAS MARIA JESUS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· GARGALLO PLANAS BEGOÑA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SARASA CLAVER PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· MARIN FLORIA ANA BELEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La neumonia es una infección cuyo diagnóstico y tratamiento se realiza mayoritariamente en los Servicios de Urgencias .Los recursos utilizados (gasometrías, hemocultivos, pruebas de imagen, así como el tratamiento), no suele seguir un protocolo y es médico dependiente.

Todos estos datos, nos han llevado a la realización de una vía clínica conjunta entre el servicio de Urgencias y el servicio de Neumología para mejorar la calidad diagnostica, terapéutica y asistencial en pacientes con diagnóstico de neumonia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Correcta identificación de los pacientes con neumonia con riesgo vital.
- Disminución de la estancia media en urgencias de los pacientes con neumonia.

- Disminución del número de ingresos hospitalarios de los pacientes con neumonia.
- Adecuación del tratamiento y estandarización de protocolo terapéutico, de acuerdo con las últimas recomendaciones.

- Estandarizar la entrega de un plan de cuidados al alta del Servicio de Urgencias del paciente con neumonia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y enfermería de los servicios de Urgencias Neumología.

- Elaboración de una vía clínica de neumonia para establecer y protocolizar el manejo del paciente mediante: correcta cumplimentación del registro de datos desde triaje, correcta clasificación de gravedad del paciente, estandarización de pruebas diagnósticas y tratamiento en función del nivel de gravedad del paciente y normalización de evaluaciones periódicas durante periodo de estancia del paciente en urgencias.

- Impartición de sesiones clínica en el servicio de urgencias a medicina y enfermería para implementar la via clínica y los nuevos protocolos terapéuticos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores de seguimiento:

- Estancia media de los pacientes con diagnóstico de neumonia
- Cumplimentación de registro de datos: (Nº pacientes con diagnóstico de neumonía con registro de datos cumplimentado/ Nº pacientes con neumonía atendidos en urgencias) x 100

- Media de evaluaciones realizadas al paciente durante estancia en urgencias.

- Indicador de estancia media de paciente con neumonía en Urgencias.

- Indicadores de destino:

- (Nº pacientes con neumonia hospitalizados/Nº pacientes con neumonia atendidos en urgencias) x 100

- (Nº pacientes con neumonía dados de alta /Nº de pacientes con neumonía atendidos en urgencias) x 100

- Indicador de adecuación de tratamiento:

(Nº de pacientes con neumonía con tratamiento adecuado a nivel de gravedad/Nº pacientes con neumonía tratados en urgencias) x 100

- Indicador de plan de cuidados al alta:

(Nº de pacientes con neumonía con plan de tratamiento escrito en el informe de alta/Nº pacientes con neumonía dados de alta en urgencias) x 100

Proyecto: 2016_0747 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEUMONIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto de mejora de 1año, con estandarización de vía clínica de neumonía realizado de forma conjunta entre servicios de neumología y urgencias.

Primera sesión clínica en octubre de 2016 para presentación de via clínica en el servicio de urgencias.

Realización de sesiones clínicas con enfermería de urgencias en el último trimestre del 2016 para estandarizar procedimientos y técnicas terapéuticas con pacientes respiratorios según las nuevas recomendaciones.

Primera medición de resultados en febrero de 2017, con evaluación de pacientes con diagnostico de neumonía atendidos en urgencias del 1/11/16 al 31/1/17.

Con resultados de primera medición de datos, se prevee segunda sesión clínica en urgencias a lo largo del primer trimestre del 2017 para reforzar vía clínica consensuada.

Segunda medición de resultados en junio de 2017, con evaluación de pacientes con neumonia atendidos en urgencias del 1/2/17 al 31/5/17.

Tercera medición de resultados en octubre de 2017, con evaluación de pacientes con diagnostico de neumonia atendidos en urgencias del 1/6/17 al 30/9/16.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0766 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS A TRAVES DE UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD

2. RESPONSABLE ..... ANGEL VICENTE MOLINERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FABRO GARDETA REYES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SARRAT TORRES MARCO ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· ARRIBAS ENTRALA BELEN. MIR. CS ACTUR OESTE. URGENCIAS
· GONZALEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Urgencias del Hospital "Royo Villanova" (GMCURHRV) lleva funcionando desde el año 2.012, sirve y ha servido como el vehículo óptimo para la puesta en común de las perspectivas y experiencias de los distintos profesionales que trabajan "en y para" el Servicio.

Ha realizado más de 30 reuniones y tiene como componentes estables 15 personas (Jefe de Servicio, Supervisora de Área, F.E.A., D.U.E., Auxiliares de Enfermería, Jefe de Celadores, Celadores, Administrativos, etc).

Numerosas iniciativas y cambios organizativos se han logrado, redundado en mejoras significativas de la calidad asistencial dada a nuestra población de referencia.

Durante nuestras reuniones, se han identificado distintos procesos asistenciales que podríamos denominar "compartidos" tanto con otras especialidades hospitalarias, así como con la atención primaria, las urgencias extrahospitalarias y los recursos sociosanitarios de nuestro área de referencia que aunque se atienden y resuelven en nuestro Servicio, no son en "sentido estricto" ni urgencias ni emergencias.

Dichos procesos asistenciales, suponen una carga asistencial que comienza a ser importante y que pudiera llegar a producir insatisfacción en la ciudadanía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El propósito de nuestro proyecto es realizar dentro del propio GMCURHRV, un subgrupo de trabajo que permita mediante una metodología explícita y reproducible identificar aquellos procesos más susceptibles de dar la respuesta asistencial más adecuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Método Delphi entre los integrantes del subgrupo para identificar aquellos "procesos asistenciales compartidos" más relevantes. Ángel Vicente Molinero.
- Definición funcional de los procesos asistenciales compartidos identificados como más relevantes. Ígnacio Andres Bergarechea
- Comunicación al personal de enfermería: Reyes Fabro Gardeta
- Comunicación al personal facultativo: Ignacio Andrés Bergareche
- Interlocutor con los servicios hospitalarios: Ignacio Andrés Bergareche
- Interlocutor con Atención Primaria: Marco Antonio Sarrat Torres y Belén Arribas Entrala
- Interlocutor con Personal Directivo Médico: Ángel Vicente Molinero y José María Ferreras Amez
- Interlocutor con Dirección de Enfermería: María Jesús González y Reyes Fabro Gardeta
- Interlocutor con servicios extrahospitalarios: Ángel Vicente Molinero y José María Ferreras Amez

- Pilotaje y puesta en marcha de 3 "procesos asistenciales compartidos" más relevantes según el Método Delphi: Reyes Fabro Gardeta, Marco Antonio Sarrat y Ángel Vicente Molinero

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales implicados.
- % de procesos asistenciales compartidos identificados realizados con la nueva forma de atención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Comienzo: Enero 2016
- Método Delphi de elección: Febrero-Marzo 2016
- Definición funcional de los procesos asistenciales compartidos: Abril-Junio 2016
- Comunicación a los distintos servicios y elementos asistenciales: Junio-Agosto 2016
-Pilotaje y puesta en marcha: Septiembre-Diciembre 2106

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0766 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS A TRAVES DE UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pendiente de identificacion
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0959 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA DESDE URGENCIAS A LA CONDUCTA SUICIDA

2. RESPONSABLE ..... ELISA RUIZ OLIVARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· MARTINEZ LAUSIN IGNACIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· PAOLINI SANMIGUEL JENNIFER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MATIAS SANFRUTOS ALBERTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MAYAYO CASTILLEJO EVA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· MUNIESA NAVARRO INMACULADA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La conducta suicida es la urgencia psiquiátrica más frecuente (38%), constituye una causa frecuente de muerte: Representa el 1,3 % de todas las muertes, y probablemente se declaran menos de las reales, constituye la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años y la OMS cifra en unas 1,5 millones de muerte por suicidio en el 2020, de 10 a 20 veces más lo intentaran. Esto supondrá una muerte cada 20 segundos y un intento cada 4.
La variabilidad en la asistencia y criterios de ingreso, priorización de intervenciones detectada en el proceso asistencial de esta patología aconseja establecer un protocolo de actuación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaboración de un protocolo que sea de aplicación conjunta para los servicios de urgencias y psiquiatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo conjunto a través de reuniones mensuales en las que se determine los componentes del protocolo:
Evaluación del paciente suicida: Silvia Gangutia y Elisa Ruiz
Valoración del riesgo suicida Ignacio Martínez
Recomendaciones terapéuticas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Desde la aprobación del Proyecto se realizarán 6 reuniones mensuales de las que tienen que salir la elaboración de un documento (INDICADOR: Documento elaborado)
Exposición a los miembros de ambos servicios del protocolo (al menos dos reuniones por servicio) (INDICADOR: numero de reuniones realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio reuniones en Diciembre 2016 y elaboración hasta Mayo 2017.
Elaboración de grupos para su difusión Junio 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA RIHUETE CARO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUIOTE PARTIDO INGRID. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· FANTOVA ALONSO ALBERTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· VILLAGRASA GARCIA MARIA. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· EZPELETA GALINDO ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· ASPIROZ SANCHO CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· TOYAS MIAZZA CARLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ABRIL BAQUERO GONZALO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las infecciones postquirúrgicas aumentan la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Está demostrado que el uso inteligente de la profilaxis prequirúrgica puede disminuir el número de complicaciones infecciosas postquirúrgicas y, por consiguiente, la convalecencia del paciente y la estancia media hospitalaria, además del consumo antibiótico global (importante actuación frente al alarmante aumento de las resistencias antibióticas).
En estos momentos, el Servicio de Urología del Hospital Royo Villanova utiliza el mismo antibiótico de amplio espectro para todos los tipos de cirugías y pacientes, sin existir un protocolo oficial que garantice la optimización de la profilaxis.
Recientemente la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) ha recomendado hacer obligatorios los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) como programas de calidad asistencial basados en la formación en los hospitales y en atención primaria, además de impulsar los programas multidisciplinares de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria junto a los de uso apropiado de los antimicrobianos, a semejanza del Programa PIRASOA de Andalucía y de programas similares en Cataluña, lo que nos ha motivado para elaborar un protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Garantizar la profilaxis antibiótica adecuada según el tipo de cirugía y paciente en al menos el 95%.
2.- Garantizar la realización de urocultivo a las cirugías endoscópicas programadas en al menos el 80%.
3.- Garantizar la repetición de la dosis profiláctica si procede en al menos el 90%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de elaborar un protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica, constituido por personal médico. Responsable: Persona responsable del proyecto de calidad.
2.- Elaboración de un documento que guíe en la aplicación del protocolo desde el momento de inclusión en la lista de espera quirúrgica hasta la cirugía. Responsable: Persona responsable del proyecto de calidad.
3.- Difusión del protocolo de profilaxis quirúrgica a todo el personal, médico y de enfermería, del Servicio de Urología, tanto en consultas como en hospitalización. Responsable: Al menos 2 personas responsables de formación del servicio.
4.- Evaluación de resultados con carácter anual, mediante el análisis de la profilaxis quirúrgica aplicada a cada paciente. Dado el elevado nº de pacientes se realizará un muestreo sistemático. Difusión de los resultados al servicio. Responsable: Al menos 3 personas responsables de calidad del servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Aplicación de la profilaxis antibiótica adecuada: Nº de pacientes quirúrgicos a los que se les ha aplicado el protocolo de profilaxis antibiótica/nº total de pacientes quirúrgicos.
2.- Realización de urocultivo a todas las cirugías endoscópicas: Nº de pacientes sometidos a cirugía endoscópica con urocultivo/nº total de pacientes sometidos a cirugía endoscópica.
3.- Repetición de la dosis profiláctica si procede: Nº de pacientes a los que se les ha repetido la dosis antibiótica/nº total de pacientes en los que se debería haber repetido la dosis antibiótica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Noviembre 2016; Finalización: Noviembre 2017.
Noviembre 2016: Constitución del grupo de trabajo y definición de los objetivos.
Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica.
Diciembre 2016: Elaboración del documento guía para la aplicación del protocolo.
Enero 2017: Difusión a todo el personal sanitario del servicio de Urología.
Febrero-Noviembre 2017: Aplicación del nuevo protocolo.
Octubre-Noviembre 2017: Evaluación de la aplicación del protocolo mediante revisión de historias clínicas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Proyecto: 2016_0544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0734 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE RECOMENDACIONES PARA BIOPSIAS DE PROSTATA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO FANTOVA ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· OLIVA ENCINA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· RIHUETE CARO ELVIRA. MIR. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· GIMENO OBON PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· RODRIGUEZ CURIESES PETRA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria se realizan cada vez más intervenciones de Biopsia de próstata, que se van a su domicilio en las primeras 12 horas y es al llegar al mismo, cuando surgen dudas sobre las recomendaciones que de forma oral les da el médico de urología; generando cierto grado de ansiedad al paciente y muchas veces gestionando un uso indebido de los recursos sanitarios.
Es por eso que se crea un equipo multidisciplinar para la realización de un tríptico donde se dan de forma escrita recomendaciones pre y posteriores a la intervención. Lo que se pretende realizar con este proyecto es una valoración del tríptico que refleje si ha sido útil para el paciente y/o familiares y aspectos a mejorar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la autonomía y la responsabilidad del usuario sobre su salud.
- Mejorar la satisfacción y la calidad percibida del usuario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión bibliográfica.
- Reunión con el equipo multidisciplinar, exposición del tema y consensuar criterios.
- Diseño del tríptico.
- Validación del tríptico por profesionales y usuarios.
- Diseño de la encuesta de satisfacción del usuario.
- Validación de la encuesta por profesionales y usuarios.
- Recogida de datos y tratamiento de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de usuarios que han recibido el tríptico (Número de usuarios que han recibido el tríptico / Número total de usuarios X 100).
- Porcentaje de usuarios que consideran que el tríptico ha sido útil (numero de usuarios que consideran el tríptico útil/ numero total de usuarios X 100).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre- diciembre: revisión bibliográfica y reunión del equipo multidisciplinar.
- Enero: diseño y validación del tríptico.
- Febrero: diseño y validación de la encuesta de satisfacción.
- Desde marzol a octubre: recogida de datos y análisis de los mismos.
- Noviembre 2017: difusión del proyecto realizado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ VIÑUELAS LORENA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PARDOS GARCIA ROXANA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MAZA RODRIGUEZ RUTH. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BELSUE ZANDUNDO ENCARNA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ (ENFERMERA AC)
Urgencias: BEGOÑA MARTINEZ CASANOVA (ENFERMERA AP)
Esterilización: LORENA MARTINEZ VIÑUELAS (ENFERMERA AP)

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 2017
Distribución proyectos: ENERO Y FEBRERO
Formación: ENERO Y FEBRERO
Nombramiento responsables:ENERO
Puesta en marcha procedimiento :MARZO
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros:MAYO
Seguimiento actividad: controles trimestrales:JUNIO,SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

Indicadores y conclusiones finales: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

Proyecto: 2016_0323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Propuestas de mejora: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CON PATOLOGÍA PROPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA O ATENCIÓN CONTINUADA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· CAPABLO MAÑAS BELEN. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MAZA RODRIGUEZ RUTH. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· PARDOS GARCIA ROXANA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uso con baja eficiencia de los recursos disponibles en el centro de salud en situaciones de urgencia por falta de organización o conocimiento de los mismos.
Proyecto de mejora que considero necesario para abordar y solucionar esta situción de manera eficaz mediante la aduación de los procedimientos oportunos así como de la optimización de los recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la calidad de la atención urgente a los pacientes mediante el uso adecuado de los recursos disponibles.

Control de salas y de todo el material relacionado con la actividad asistencial urgente para adecuar con la mayor eficiencia posible el material necesario a cada situación real urgente que pueda surgir aumentado la competencia de los profesionales con máximos resultados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Información al personal del proyecto y distribución de responsabilidades para cada uno para poder llevar a cabo un control y puesta en marcha de todo el equipamiento de urgencias disponible en el centro incluyendo vitrina, carro, maletín de urgencias, electrocardiógrafo, oxígeno y aspirador.

Establecer unos indicadores que se obtendrán a partir de la cumplimentación periódica de unos registros adecuados para verificar el control de los recursos.

Reuniones con los componentes del proyecto para elaborar listas de incidencias que puedan aparecer así como abordaje de las mismas para solventarlas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de incidencias que surgen
% de problemas solucionados
Cantidad de material en deshuso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero: Reunión para conocer el proyecto, distribución de responsabilidades y explicación de los registros a cumplimentar.

Febrero: Puesta en marcha del proceso

Abril: Reunión para evaluación de incidencias surgidas y propuesta de lineas de mejora y puesta en marcha de las modificaciones oportunas.
Marzo-Octubre: Evaluación del seguimiento.
Noviembre: Memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_1237 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CEIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2016/2017

2. RESPONSABLE ..... KARLOS NABERAN TOÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO VERA JOSE JUAN. PEDIATRA. CS CAMPO DE BELCHITE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BELLO MARTINEZ AMPARO. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Por solicitud se analizan los menús escolares de comedor y el tipo de alimentos durante el curso 2016/2017.
Durante el curso anterior (2015-2016) se objetivó bajo número de calorías en algunos de los menús y deficiente ingesta de frutas y vegetales, por lo cual se creyó conveniente realizar seguimiento durante el curso actual

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Adecuar el contenido y valor nutricional.
2- Fomentar la alimentación saludable promoviendo el consumo de fruta,verdura y pescado enla consulta de pediatría.
3- Asegurar la alimentación variada y saludable independientemente del resto de comidas en domicilio.
4-Adecuación de los menús para los niños con problemas de salud específicos: celiaquía, obesidad, intolerancia a lactosa, hipercolesterolemia, etc
5-Promocionar el uso de aceite de oliva, retirando si hubiera, aquellos productos con aceite de palma y coco.
Retirar de los menús pescados susceptibles de estar contaminados de origen (ej: panga)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Reuniones periódicas con profesorado y responsables de la cocina.
2-Visita a las cocinas para verificar elaboración de los productos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Que los menús contengan de 1.700-200Kcal/día por niño
2. Que haya una pieza de fruta de temporada en cada comida
3. Adecuar los menús a los niños con necesidades especiales
4. Vigilar de aceites y productos saludables

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo: reunión informativa con directora del centro escolar
Abril: visita a cocinas e información con los responsables de las mismas. Propuesta nuevos menús
Septiembre: evaluación y cronograma próximo curso

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto da continuidad al iniciado el curso anterior, y pretende así mismo, seguir durante el curso 2017-2018

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1468 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

2. RESPONSABLE ..... JOSE JUAN CALVO VERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA TRICAS MARIA MAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MANERO ANSON YOLANDA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SUÑER ABADIA SILVIA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· GAMBARO BELLO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En éste, como en cualquier otra zona básica de salud, se ha objetivado elevada transmisón de enfermedades infecciosas que se contagian mediante vía fecal-oral en escolares.
Dado que en este grupo de enfemedades infectocontagiosas es más sencillo romper la cadera de transmisibilidad, de ha considerado oportuno incidir en la implementación de hábitos higiénicos saludables desde los centros escolares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Explicar a los escolares de infantil y primaria de la comarca Campo de Belchite la importancia de realizar un correcto lavado de manos.
Concienciar a los docentes de que es necesario que los niños adquieran hábitos higiénicos saludables en el centro escolar, dado que los hábitos adquiridos en el colegio se internalizan y se siguen realizando en el domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran Talleres de lavado de manos en el CEIP de Belchite a los niños de infantil, 1º y 2º de primaria, así como a todos los Centros Rurales Agrupados de la Comarca (Letux, Moyuela, Azuara, Almonacid de la Cuba y Lécera).
Cada taller consta de las siguientes partes:
-Charla con los escolares sobre la importancia del lavado de manos: preguntas de los niños al docente y viceversa.
- Exposición teórica por parte del docente de una correcta técnica de lavado de manos.
- Repetición de la técnica por parte de los escolares
- Proyección de pequeño video explicativo.
-Práctica de lavado de manos pasando posteriormente cada escolar por la "lámpara mágica" (luz ultravioleta), la cual les dirá si han realizado de forma correcta el lavado.
-Para finalizar se realiza una nueva charla de la que se extraen conclusiones para los niños y los profesores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Actividad comunitaria no cuantificable con indicadores.
Se realizara evaluación al cabo de unos meses para comprobar si los escolares siguen realizando de forma adecuada el lavado de manos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividad a realizar durante los últimos meses del curso escolar 2016-2017 y los primeros del 2017-2018.
Sesiones: dos para cada uno de los centros rurales y cuatro para el CEIP de Belchite

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCION ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIA FECAL-ORAL)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE GESTION DE LOS ALMACENES DE FUNGIBLE EN EL CENTRO DE SALUD DE CASABLANCA DEL SECTOR Z2

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARIA LOPEZ GASCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASABLANCA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TELLER AZNAR RAFAELA. TCAE. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ ORTIZ MARIA ASUNCION. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
FALTA DE REGISTRO EN LAS REVISIONES PERIÓDICAS DEL MATERIAL FUNGIBLE ALMACENADO EN EL CENTRO DE SALUD CASABLANCA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ESTABLECER REGISTRO DEL MATERIAL DEL CENTRO DE SALUD PARA SEGUIMIENTO DEL STOK Y DE CADUCIDADES DEL ALMACENAJE, DELIMITANDO UN NÚMERO ESTANDAR PARA CADA TIPO DE MATERIAL Y NÚMERO DE REVISIONES ANUALES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REVISIÓN CUATRIMESTRALDEL MATERIAL, SIGUIENDO DOCUMENTO EN EL QUE CONSTA EL STOK DISPONIBLE, CADUCIDADES Y REPOSICIÓN.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ESTABLECER PORCENTAJE DE`PRODUCTOS EN STOK MINIMO Y DE CADUCIDAD, OBSERVANDO COMO MUESTRA TODOS LOS PRODUCTOS FUNGIBLES DEL ALMACEN, ENTRE EL 75% Y 90% COMO VALORES NORMALES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
COMENZAR EN 2016 Y CONTINUAR 2017, POSIBLEMENTE SI ES ÚTIL PARA EL CENTRO CONTINÚAR COMO PROYECTO MAS TIEMPO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NO PATOLOGIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001. EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

2. RESPONSABLE ..... GEMA ARA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ PELIGROS ANTONIO. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MARIÑOSA VELA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· ADAN BEGUE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· NOGUERO FERNANDEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ BLASCO JAVIER. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO LEDESMA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· SANZ BERITENS ARACELI. TCAE. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP del C de Salud Fernando el Católico del sector Zaragoza II desea conseguir la certificación según norma ISO 9001 desde el año 2016

Nuestro plantenamiento es:Obtener la Certificación ISO 9001

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Obtener la certificación ISO 9001 para el EAP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua. Para conseguir la certificación ISO en el EAP se van a realizar actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas podemos destacar
• Análizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados
• Análizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario,intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros
• Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas,el número de las mismas,programación según las necesidades,asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia María Teresa Anaya
• Mantenimiento de instalaciones y equipamiento, gestión de residuos a cargo de los responsables Carmen Noguero y Javier Gutierrez
• Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Araceli Sánchez
• Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa
• Gestión de administración y mostrador María José Galindo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos que se obtienen a partir de los cortes de la direccion Entre ellos podemos destacar La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo,Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HBA1c en los últimos seis meses.etc Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplir
Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora,siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud,llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.
Otro objetivo a desarrollar es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas,para ello se ha propuesto la realización de Un Cortometraje sobre el Ictus,del cual se ha realizado ya la grabación musical y se ha contactado con la Escuela Municipal de Teatro para comenzar la grabación
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: abril 2017
Revision por la Direccion: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

Proyecto: 2016_0666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001. EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio Marzo-diciembre 2016
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada cuatrimestre según cortes
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURRO DAL ADORACION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALO LOZANO FLORENCIA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La salud sexual es deficitaria entre los adolescentes

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Talleres sobre sexualidad en el instituto de nuestra zona de salud

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: abril-septiembre
Encuesta:Abril
Adecuación actividad Abril
Actividades Mayo
Valoración resultados: junio
Exposición a EAP septiembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. actividades preventivas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1609 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

2. RESPONSABLE ..... GEMA ARA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ PELIGROS ANTONIO. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· SALGADO DERQUI MARISA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ MARTIN YOLANDA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· NOGUERO FERNANDEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· VILELLA LLOP LUCIA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ NOGUE MARTA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Informar a la población de los sintomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAHULEA MAHULEA LILIANA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LOU ARNAL TERESA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· SUMELZO LISO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ AYLON ROSA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ ESCARTIN ANA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· SABATER PARALLUELO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· CARVAJAL HERRANZ RAQUEL. TCAE. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. mejora en el procedimeinto de gestion recusos de almacen y material de urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE; LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. URGENCIAS
· VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. URGENCIAS
· SUMELZO LISO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ AYLON ROSA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· LOU ARNAL TERESA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA. PEDIATRA. CS FUENTES DE EBRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El procedimiento de atención a la urgencia del centro requiere contar con una actualización continua de los profesionales en las técnicas diagnóstico- terapéuticas,así como con una infraestructura de espacio y distribución de la sala que se adapte a las necesidades del acto médico-paciente,gestión y control del material e instrumental del botiquín y carro de paradas. La atención a la urgencia fuera del centro, requiere además, de la organización y distribución del material y medicación en maletines,registro y control de caducidades, reposición de medicación e instrumental. Todo ello permitirá optimizar los recursos, garantizar mayor seguridad al profesional y mejor atención al paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundará en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de las necesidades reales de la unidad, evitando falta de recursos necesarios.
La gestión y control del material y medicación para la atención a la urgencia tanto dentro como fuera del centro generará en una mayor satisfacción del profesional y del paciente.
Aumento de la calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Poner en conocimiento del personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 sobre Gestión de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletines de urgencias. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros para su control: control de caducidades y de reposición. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Carro paradas, botiquín: Rosa López Aylón (Médico EAP)
Maletines de Urgencias: Rosa López Aylón (Médico EAP)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
-% de miembros del equipo con formación
-Nº de derivaciones hospitalarias/nº total de pacientes atendidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Nombramiento del responsable ; Enero-17
Puesta en marcha del procedimiento Febrero-17
Formación; trimestral
Seguimiento de la actividad ; controles mensuales
Evaluación indicadores y conclusiones: Dic-17

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. atencion a la urgencia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE; LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0071 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE INHALADORES EN LOS PACIENTES EPOC

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ PRIMICIA MARTA. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN VIDAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· COLMENERO ARTIGA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· VELASCO ALVAREZ DARCLE. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· QUILES AMIGOT DOLORES. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· GARCIA BLAS ANA CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La EPOC tiene una elevada prevalencia siendo la 4ª causa más común de enfermedad y la única que está en aumento, sin embargo, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada.
Genera una gran carga de morbi-mortalidad precisando numerosos recursos sanitarios para su atención.
Los fármacos por vía inhalatoria constituyen la base del tratamiento por lo que resulta imprescindible un adecuado manejo de dicha técnica por parte de los pacientes así como del personal sanitario que debe instruirles.
Existen estudios que demuestran que los broncodilatadores inhalados no se usan correctamente lo que provoca una mala adherencia y por tanto, mala respuesta al tratamiento.
Sin educación y supervisión periódica de la técnica inhalatoria, el fracaso terapeútico está asegurado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES
1. Conocer la calidad de la técnica de uso de los inhaladores.
2. Conocer la adherencia al tratamiento (cuestionario TAI).
3. Enseñar la correcta realización de la técnica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud
2. Mejorar la formación en la correcta técnica de uso de inhaladores en los profesionales sanitarios
3. Realizar educación de la técnica a los pacientes, individual así como grupal
4.Determinar si el uso adecuado de broncodilatadores inhalados, genera cambios positivos, en los parámetros ventilatorios, en pacientes con EPOC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de un GRUPO DE MEJORA (una médico,5 enfermeras y una administrativo)
2. Reuniones con los PROFESIONALES (una sesión de formación antes del inicio del Proyecto y posteriores de seguimiento)
3. Realización de encuestas a los profesionales
4. Obtener el listado de pacientes EPOC (OMI) y la muestra a estudio
5. Determinar los CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN en el proyecto (en especial, el diagnóstico correcto por espirometría: índice FVC/FEV1 post PBD < 70%
6. Valoración de la mejor captación de los pacientes (consulta programada/demanda)
7. Elaborar una ficha de recogida de datos
8. Elaborar las encuestas a pasar a los pacientes sobre lconocimientos de la técnica de inhalación: PRE y POST CURSO DE EDUCACIÓN
9. Realizar SESIONES de educación sanitaria a los pacientes: individuales y grupales
10. Conseguir todos los dispositivos placebo del mercado posibles para las sesiones prácticas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Educación a los pacientes EPOC en terapia inhalatoria, tanto en consulta a demanda o programada de medicina y/o enfermería, como en reuniones grupales. INDICADORES:

1. Antes de la educación, observación en la consulta, de la técnica de uso del dispositivo individualmente valorándola en la ficha diseñada: número de errores.
2. Observación en la consulta, de la técnica inhalatoria tras la educación (individual y grupal): número de errores.

Aumentar la motivación de los profesionales mediante reuniones de formación sobre la correcta utilización de los inhaladores, reuniones formativas con talleres prácticos. Indicadores:

1. Antes de la educación, encuesta sobre el uso de los inhaladores (técnica, características de los diferentes dipositivos, modelos...): número de errores.
2. Al final del poryecto, realización de la misma encuesta: número de errores.
3. Aumentar la prevalencia de la EPOC en nuestro C. de Salud: pacientes don diagnóstico EPOC/población de 40-80 años.

Proyecto: 2016_0071 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE INHALADORES EN LOS PACIENTES EPOC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 6/4/16. Fecha de finalización: 31/12/16

Actividades:

Formación de los profesionales: Abril- Junio
Búsqueda de la población a estudio: Mayo
Diseño de folletos informativos: Mayo
Atención al paciente en consulta: Mayo-Noviembre
Talleres grupales: Junio-Septiembre-Noviembre
Conclusiones: Diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y CONTROL DE ALMACÉN, BOTIQUÍN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASÍ COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN EN EL EAP PARQUE ROMA

2. RESPONSABLE ..... LOURDES CANCER RABINAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LORING GARCIA MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA ORIOL AURORA. TCAE. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· QUILES AMIGOT DOLORES. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· QUILES SANCHEZ DAMARIS. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· VELASCO ALVAREZ DARCLE. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· PEREZ PRIMICIA MARTA. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· FERRER CASAUS ALBERTO. MEDICO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Propuesta Responsables:
Almacén, botiquín: Aurora Enguita Oriol/Lourdes Cáncer Rabinal
Urgencias: Alberto Ferrer Casaus/Dolores Quiles Amigot
Esterilización: Aurora Enguita Oriol/Darcle Velasco Alvárez

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2017
Distribución proyectos Enero
Formación Enero, Febrero
Nombramiento responsables Enero
Puesta en marcha procedimiento Febrero, Marzo
Reunión control tras 2 meses: Abril
Seguimiento actividad: controles trimestrales Julio, Octubre
Indicadores y conclusiones finales Noviembre, Diciembre

Proyecto: 2016_0251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN Y HOMOLOGACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y CONTROL DE ALMACÉN, BOTIQUÍN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASÍ COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN EN EL EAP PARQUE ROMA

Propuestas de mejora Diciembre

9. OBSERVACIONES.
(en principio no hace falta cumplimentarlo)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mejorar la utilizacion de los recursos, disminuir riesgos en la atención al paciente urgente, al paciente que precisa curas periódicas...
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA. ENFERMERO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Apertura de historia clínica.
Detección de problemas de salud.
Captación precoz.
Actuaciones preventivas y de educación en salud.
Resolución de la demanda si la hubiera solicitado.

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Presentación del proyecto: el 23 de marzo de 2017 al EAP.
- Aprobación: el día 20 de abril de 2017 en reunión de equipo específica.
- Información a los ciudadanos: mayo de 2017 (se ha realizado un díptico al efecto para entregar a los ciudadanos)
- Diseño del sistema de evaluación: septiembre de 2017.
- Reunión con equipo de Admisión y elaboración manual informatizado de procedimiento: en abril 2017.
- Registro de pacientes atendidos por primera vez por el servicio de Admisión: mayo 2017.
- Presentación proyecto al Consejo de salud: mayo 2017.
- PUESTA EN MARCHA: 2 de mayo de 2017.
- Evaluación de resultados: septiembre de 2017 y enero de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Detección de factores de riesgo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

2. RESPONSABLE ..... AMELIA TERESA PASCUAL GONZALO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLANO BENDICHO MARIA JOSE. PEDIATRA. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ MORA AMPARO. PEDIATRA. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA. ENFERMERO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres que tienen un niño lactante (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza responsable y feliz.

Objetivos específicos::

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas previstas, son:
1. Presentación del proyecto al resto del equipo de Atención Primaria mediante una sesión clínica.

2. Distribución de los distintos temas a tratar en las sesiones de lactancia materna y crianza entre los componentes del grupo. El contenido de las sesiones lo prepara cada profesional con respecto a su tema.

3. Se ofrecerá a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, ó derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

4. Realización de una sesión mensual, el último lunes de cada mes en horario de 13:00 a 14:00 h., exceptuando los periodos vacacionales. Los grupos serán abiertos y las madres vendrán con lo con bebes (de 0 a 2 años).Se realizará en el Aula Maternal del Centro de Salud de “Puerta del Carmen”

5. Se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller.

El grupo está constituído por:
2 Pediatras (Maria Jose Castellano y Amparo Hernández)
1 Enfermera de Pediatría (Carolina Dieste)
1 Matrona (Amelia Pascual)

Proyecto: 2016_1382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Nº de sesiones impartidas a lo largo del año 2017 -2018
Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones, según los resultados de la encuestas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Septiembre 2017
Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo
Junio
Julio
Agosto
septiembre
Octubre
noviembre
Diciembre
Presentación proyecto
x

Distribución temas
x

Preparación temas

x

Oferta madres

x
x
x
x
x
x
x
Realización sesiones

x

x
x
x
x
Evaluación semestral

Proyecto: 2016_1382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

x

Valoración final

Fecha de inicio: Septiembre 2017
Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo
Junio
Julio
Agosto
septiembre
Octubre
noviembre
Diciembre
Presentación proyecto
x

Distribución temas
x

Preparación temas

x

Oferta madres

x
x
x
x
x
x
x
Realización sesiones

x

x
x
x
x
Evaluación semestral

Proyecto: 2016_1382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

x

Valoración final

x

x

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención a la Comunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0038 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· APESTEGUI GARMENDIA ANE. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MURILLO ALBERTO. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El carcinoma vesical es una patología de elevada incidencia en nuestro medio relacionada con el consumo de tabaco.
El diagnóstico precoz de los tumores es el principal mecanismo para mejorar la supervivencia.
La hematuria microscópica es el síntoma más frecuente, aunque no siempre es un síntoma precoz y fácilmente abordable en Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Diagnosticar precozmente la presencia de tumor vesical en pacientes de ambos sexos,mayores de 25 años, que sean o hayan sido fumadores de más de 10 años de evolución.
2. Detectar microhematuria (>3-5 hematíes) en el sedimento de orina a estos pacientes.
3. Solicitar ecografía urológica precozmente a todos los pacientes fumadores y con microhematuria positiva en tres determinaciones.
4. Derivar a Consultas de Urología, específicas de Tumor vesical a los pacientes con ecografía alterada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Presentación al equipo M Teresa Vicente
2.- Diseñar tabla de recogida de datos Sofia Cubero
3.- Instalar en cada escritorio dicha tabla Ane Apestegui
4.- Realizar encuesta de hábitos tóxicos en todas consultas de Medicina y enfermería a todos los pacientes que pueden ser considerados población diana. Alberto Perez
5.-Incluir a cada paciente captado en la tabla de datos.
Todo el equipo
6.- Solicitar sedimento urinario, a cada uno de estos pacientes, para estudio de microhematuria
7.- En cada paciente con sedimento patológico (Considerando positivo: > 3-5 hematíes /c.) se realizara nuevo sedimento de control junto con urocultivo en cuatro semanas.
8.- Si se detecta cultivo patológico, salvo bacteriuria asintomática, se iniciara tratamiento adecuado y tras finalizar el mismo, repetimos cultivo y sedimento
para valorar la normalidad de las pruebas.
9.- En el caso de un segundo sedimento positivo y cultivo negativo se solicitara un tercer sedimento al mes.
10.-Si el tercer sedimento es positivo, solicitaremos ecografía de vías urinarias y derivación posterior a la consulta de Urologia
11.- Recogida mensual de datos Ane Apestegui

12.-A cada paciente al terminar el estudio se le pasara una encuesta de satisfacción

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Nº total fumadores captados /Nº total de sedimentos solicitados x100
2- Nº de sedimentos positivos/Nº total de sedimentos solicitados x 100
3-Nº de ecografías solicitadas/Nº de sedimentos positivos x 100
4- Nº de ecografías / Nº de ecografías solicitadas x100
5- Nº de derivaciones a Urología/Nº de ecografías positivas x 100
6- Nº total de Tumor Vesicales/Nº total de sedimentos solicitados x 100
7- Nº de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.
8- Nº pacientes satisfechos/Nº de pacientes captados x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Febrero 2016 ;Fecha finalización: Diciembre 2016

Actividades E F M A MY J JL AG S O N D

1.- Diseñar tabla
de recogida de datos x

Proyecto: 2016_0038 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

2.- Instalar en cada
escritorio dicha tabla x x x x x x x

3.- Realizar
encuesta de hábitos x x x x x x x x x x x

4.-Incluir paciente
captados en la tabla x x x x x x x x x x x

5.- Solicitar
sedimento urinario x x x x x x x x x x x

6- Recogida
mensual de datos x x x x x x x x x x x

7.- Realizar
encuesta de satisfaccion x x x x x

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_0247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2016

2. RESPONSABLE ..... AGUSTIN ROMEO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ MURILLO ALBERTO. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BORAO GOMEZ JULIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GRIMAL ALIACAR FERNANDO. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· APESTEGUI GARMENDIA ANE. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ES FRECUENTE EN LA CONSULTA DIARIA DE PRIMARIA ENCONTRAR PACIENTES CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS, AÚN HABIENDO REALIZADO REPOSO PREVIO ANTES DE LA TOMA. CIFRAS QUE NO SE CONFIRMAN POR TOMAS EN OTROS MOMENTOS (DOMICILIO, FARMACIAS), Y QUE HACEN SOSPECHAR QUE SE TRATA DE UNA HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA.
ACTUALMENTE NO SE ESTA REALIZANDO UN BÚSQUEDA ACTIVA, FUNDAMENTALMENTE POR LA FALTA DE SUFICIENTE APARATAJE PARA SU REALIZACIÓN.
LA IMPORTANCIA VIENE DADA POR LA NECESIDAD DE HACER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE SON HIPERTENSOS, DESCARTANDO LOS FALSOS POSITIVOS, Y PODER CONTROLAR POSTERIORMENTE A LOS QUE TIENEN ESTE FACTOR DE RIESGO. A ESTO SE AÑADE EL AHORRO ECONÓMICO DE NO TRATAR A PACIENTES QUE NO PRECISAN SER TRATADOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL OBJETIVO ES DETECTAR EL MAYOR NUMERO POSIBLE DE PACIENTES AFECTOS DE HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA, Y EVITARLES EL RIESGO INHERENTE A LA TOMA DE MEDICACIÓN NO NECESARIA Y SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, ASÍ COMO A POSIBLES EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN POR SU MEDICACIÓN.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LOS PACIENTES SERÁN CAPTADOS POR SU MÉDICO O ENFERMERA DE CUPO, SE REALIZARÁ, UNA PETICIÓN DE “MAPA” (EN OMI EXISTE EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS LA PETICIÓN CORRESPONDIENTE) Y SE LE ENTREGARÁ ESTA Y UNA HOJA DE INSTRUCCIONES EXPLICANDO EL PROCESO.
SERÁN CITADOS PARA LA REALIZACIÓN DE “MAPA” POR LAS ADMINISTRATIVAS EN UNA AGENDA CREADA PARA ESTE FÍN, PUDIENDO CITARSE UN MÁXIMO DE 2 PACIENTES POR SEMANA POR CADA APARATO QUE SE DISPONGA. LUNES PARA QUITARLO EL MARTES Y JUEVES PARA QUITARLO EL VIERNES.
SE RECOGERÁN LOS DATOS EN 2 ORDENADORES DISTINTOS PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE DATOS POR FALLO, UNO DE SOBREMESA Y EL PORTATIL DEL CENTRO, HABIÉNDOSE IMPLEMENTADO PREVIAMENTE EL PROGRAMA INFORMÁTICO NECESARIO.
LOS RESPONSABLES DE LA PUESTA Y LA RETIRADA DEL APARATAGE SON LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA, QUE REALIZARAN LOS TURNOS CORRESPONDIENTES PARA EVITAR FALLOS EN ÉPOCAS DE VACACIONES O ASUETO, APOYADOS POR LOS RESIDENTES. EL INFORME SE FIRMARA Y SE ENTREGARÁN DOS COPIAS AL MÉDICO DE FAMILIA DEL PACIENTE CON LA EVALUACIÓN DE LA PRUEBA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS
SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.
SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCDARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PROYECTO ESTÁ EN DEPENDENCIA DE LA RECEPCIÓN DEL APARATAJE, A PARTIR DE ESE MOMENTO Y DURANTE DOS O TRES SEMANAS LOS RESPONSABLES ESTUDIARÁN EL PROGRAMA, SE CREARÁ LA AGENDA, SE PRESENTARÁ EL PROYECTO AL RESTO DEL EQUIPO EN SESIÓN CLÍNICA INDICANDO LA FORMA DE REALIZARLO, OBJETIVOS, ETC. SEGÚN LO EXPUESTO EN APARTADOS ANTERIORES.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0247 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2016

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO BORQUE MARIBEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· VALERO YUBERO TERESA. TCAE. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GAZULLA JULIAN TERESA. TCAE. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· MONFORT POSADA NIEVES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. control de caducidades
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GARGALLO GASCA NAIARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· MORA GRACIET BELEN. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· MURO CULEBRAS MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MARTINEZ JULIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PLUMED TEJERO MARIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· TOMEO MUÑOZ RUTH. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Proyecto: 2016_0570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevencion, Promocion de salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0013 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARTES LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES AGORRETA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Educación Para la Salud es una herramienta clave en las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud como a los diferentes colectivos.
La Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo 6.0 declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. Su objetivo, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas.
La Educación para la Salud se debe contemplar dentro de una estrategia amplia de Promoción de la Salud, donde el individuo y la comunidad asuman un protagonismo efectivo.
Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos.
La atención primaria debe destinar mayores recursos y sus profesionales más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacidad y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Carta de Ottawa 1986).
En esta línea está ubicado nuestro proyecto, primero descubriremos las necesidades sentidas y demandadas por nuestra población para posteriormente poner en marcha actividades formativas adecuadas a las demandas, mediante planes de mejora de calidad tanto en el CS como en el centro de actividades sociales del barrio de las Fuentes (Fundación El Tranvía), en contacto con el Consejo de Salud Las Fuentes Norte.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:
Poner en marcha planes de promoción de la salud orientados a la población del CS Las Fuentes Norte.

Objetivos secundarios:
• Identificar las necesidades sentidas por los pacientes en relación a su salud.
• Elaborar un programa de actividades formativas dirigidas a la población del CS Las Fuentes Norte.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Buscar en la bibliografía una encuesta adaptada a las características del proyecto y población (M.L. Lozano, A.P Carbonell). Si no se encontrara realizar una con el consenso de todos los participantes en el proyecto.
Reunión con la Fundación El Tranvía y con el Consejo de Salud (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).
Distribución de encuestas en los diferentes departamentos del CS y de la Fundación El Tranvía (todos los participantes).
Tabulación de datos (M.L. Lozano, A.P. Carbonell).
Interpretación de resultados (todos los participantes).
Planificación de actividades formativas (todos los participantes).
Presentación de resultados y plan de las actividades formativas al equipo, al Consejo de Salud y a la Dirección del Sector (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Nivel de respuesta de la encuesta en los diferentes departamentos:
Fórmula: Nº de encuestas cumplimentadas*100/ Nº de usuarios a los que se les ha ofertado.
2.Cuantificar la necesidad expresada de formación en salud de la población.
Fórmula: Nº de usuarios con interés en formación en salud*100 / Nº de usuarios que cumplimentan la encuesta.

Criterios de inclusión:
-Usuarios del Centro de Salud Las Fuentes Norte y de la Fundación El Tranvía en el periodo de distribución de la encuesta.
Criterios de exclusión:
-Usuarios con dificultad de lectura y escritura en castellano.

Fuentes de datos:
-Encuestas cumplimentadas en el Centro de Salud y la Fundación El Tranvía.

Proyecto: 2016_0013 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Fecha inicio: 1/Junio/16
• Fecha de finalización: 28/Febrero/17
• Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2016
• Diseño de la encuesta: Julio/2016
• Reunión con la Fundación el Tranvía y el Consejo de Salud: Septiembre/2016
• Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2016
• Interpretación datos: Diciembre 2016 /Febrero 2017
• Difusión de resultados: Febrero /2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0437 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARSA GOMEZ ANA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO RODANES MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· URIEL PEREZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· EZQUERRO CORDON ASCENSION. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LAMANA LASHERAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VALLES LOBATO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD).
Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable.
En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología. Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuente Norte´´ nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:
I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible.
Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida.
Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas.
La reevaluación se realizará repitiendo la metódica del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS.
Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente.
Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS.
Se suplementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD.
Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Abordando los objetivos específicos mencionados:
I- I1. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas específicas al respecto (CHADs-VASc Y HAS-BLED).
I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADs-VASc = 2 que la siguen.
I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en

Proyecto: 2016_0437 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De octubre 2016 a junio de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRÓNICAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ARMALE CASADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES AGORRTEA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· EZQUERRO CORDON ASCENSION. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tratamiento de las heridas crónicas y su prevención supone un reto para enfermería. Una mejora en la calidad de los cuidados enfermeros viene determinada por recibir una formación adecuada. Percibimos una carencia formativa en este tema tanto a nivel pregrado como postgrado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Valoración de los conocimentos teóricos y de las habilidades prácticas en materia de cuidados de heridas crónicas previos a su estancia clínica en el CS de los estudiantes de enfermería y profesionales de nueva incorporación.

-Diseñar 1 taller formativo de cuidado de heridas crónicas (3 sesiones).

-Evaluar el impacto de nuestra actuación en los estudiantes de enfermería y profesionales.

-Incrementar los conocimientos y habilidades de los estudiantes de enfermería en materia de heridas crónicas y profesionales de enfermería.

-Mejorar la calidad asistencial en el tema de cuidados de heridas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Diseño de un cuestionario sobre conceptos teóricos en el cuidado de heridas crónicas.
-Diseño de una prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas.
-Recogida de datos y análisis de los mismos por los miembros del equipo de mejora.
-Elaboración de taller formativo en cuidado de heridas crónicas.

Actividades:
-Cumplimentación del cuestionario en el cuidado de heridas crónicas pre y post estancia clínica en el CS.
-Videograbación.
-Puesta en marcha del taller formativo.
-Difusión de los datos obtenidos.
Recogida de datos:Mª Luisa Lozano del Hoyo, Patricia André Agorreta,Carmen Martes López, Mª José Armalé Casado.
Diseño de cuestionario:Patricia André Agorreta,Carmen Martes López.
Taller formativo:Mª Luisa Lozano del Hoyo,Patricia André Agorreta
Carmen Martes López, Mª de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, Mª José Armalé Casado.
Evaluación de encuestas y videograbaciones:Mª Luisa Lozano del Hoyo,Patricia André Agorreta, Carmen Martes López, Mª de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, Mª José Armalé Casado.
Difusión de resultados: Mª Luisa Lozano del Hoyo,Carmen Martes López, Mª José Armalé Casado, Desamparados Forés Catalá.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta de conocimientos. Mejora de conocimentos teóricos un 20%
-Mejora de estandares de calidad en cuidados de heridas crónicas según guías de práctica clínica en un 20% evaluado a través de la videograbación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duracion:julio2016-julio2017.
Recogida de datos, bibliografía:julio-agosto.
Diseño de custionario y taller formativo: septiembre.
Intervención educativa:de septiembre2016 a abril de 2017.
Evaluación parcial: noviembre, febrero, abril y junio
Evaluación final: junio 2017.
Difusión: julio 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

Proyecto: 2016_0451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRÓNICAS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... ARACELI MAGEN GARCIA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RISCO OTEOLAURRUCHI CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LAMANA LASHERAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARRUGA MURILLO SARA. TCAE. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ ZUECO MARIFE. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
(el EAP distribuirá el calendario)
Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N
D
Distribución proyectos

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Formación

Nombramiento responsables

Puesta en marcha procedimiento

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

Seguimiento actividad: controles trimestrales

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Indicadores y conclusiones finales

Propuestas de mejora

(el EAP distribuirá el calendario)
Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N
D
Distribución proyectos

Formación

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Nombramiento responsables

Puesta en marcha procedimiento

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

Seguimiento actividad: controles trimestrales

Indicadores y conclusiones finales

Propuestas de mejora

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

(el EAP distribuirá el calendario)
Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N
D
Distribución proyectos

Formación

Nombramiento responsables

Puesta en marcha procedimiento

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

Seguimiento actividad: controles trimestrales

Indicadores y conclusiones finales

Propuestas de mejora

Actividades 2017.
Reuniones bimensuales

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0870 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0991 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

2. RESPONSABLE ..... TAMARA RODRIGUEZ POLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La etnia gitana, se trata de la minoría étnica más numerosa e importante en nuestro medio en la que se observan importantes diferencias culturales respecto a la sociedad mayoritaria. En base a un estudio realizado por la responsable de dicho proyecto cuyo objetivo fue comprender el conjunto de creencias, valores y prácticas que giran en torno a la fecundidad de las mujeres gitanas, se comprobó que el uso de métodos anticonceptivos está ligado a diferentes aspectos socioeconómicos y culturales.
De acuerdo con la guía realizada por El ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) Y Fundación Secretariado Gitano se expone que se conoce la existencia de los distintos métodos anticonceptivos pero que muchas de las mujeres gitanas no suelen utilizarlos por las expectativas de su comunidad en relación con los aspectos reproductivos. Las generaciones más jóvenes van tomando cada vez más decisiones sobre la planificación de los embarazos. Por ello, surge la necesidad de prestar una educación sanitaria enfocada y dirigida a la comunidad gitana respetando todo el bagaje cultural que les rodea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Potenciar la captación de la población gitana de la localidad para el desarrollo de actividades enfocadas a mejorar su salud y calidad de vida.
-Averiguar los métodos anticonceptivos que utilizan y conocen las mujeres gitanas y si esta preferencia guarda relación con las características socioculturales.
-Conocer las pautas de conducta, representaciones socialmente transmitidas y creencias respecto a los métodos de planificación familiar.
- Desmitificar ciertas ideaciones, mitos y creencias en relación a los aspectos reproductivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tras formular los objetivos, es necesario escoger un método de trabajo que trate las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y para ello, hemos decidido utilizar la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico.
Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la asociación Fundación el Tranvía. Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico “bola de nieve”.
La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.
ACTIVIDAD 1: “Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo”. Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.
ACTIVIDAD 2: “El ciclo menstrual”: Se realizara una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.
La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.
ACTIVIDAD 3: “Mitos y realidades”. De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.
ACTIVIDAD 4: “Planificación familiar”. Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar.
La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores cuantitativos
-Cantidad de mujeres interesadas y cantidad de mujeres que asisten a las sesiones.
-Rango de edad de las participantes.
-Análisis del cuestionario realizado a los profesionales de la salud.
Indicadores cualitativos
-Grado de participación en las actividades.
-Percepción y opinión de las mujeres gitanas respecto a las situaciones que se van desarrollando a lo largo del proyecto.
-Identificar los roles de género en los cuales las mujeres se sienten identificadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0991 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Se prevé que la duración total del proyecto sea de aproximadamente seis meses.
Octubre 2016: Captación activa de los participantes.
Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.
Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.
Enero 2017: Segunda sesión y registro.
Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas
Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES AGORRETA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· URIEL PEREZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Promoción de la Salud es un instrumento imprescindible y una estrategia básica1 en la respuesta a los problemas y situaciones de salud, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute.
Pero para llevar a cabo las estrategias de Promoción de la salud es necesario una participación activa, que implique:desarrollar políticas que apoyen la salud, crear entornos favorables, reforzar la acción comunitaria en la toma de decisiones a cualquier nivel, adquirir aptitudes individuales para el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como social y reorientar los servicios asistenciales hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.
Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en los centros sanitarios es un diagnóstico de la demanda de atención y cuando se obtiene información es de los registros de las consultas sobre la población adscrita. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud. Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados.
La AP es la puerta de entrada al Sistema Sanitario, se encarga de actuar como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos y unifica actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
En el marco de la AP, la educación para la salud es un pilar fundamental, un ejemplo lo encontramos en la Cartera de Servicios de AP del SALUD en el 2018,25 de los 38 servicios existentes incluían aspectos de educación para la salud y 45 de 183 normas definidas en la Cartera de Servicios estaban relacionadas con actuaciones de educación para la salud (consejo individual, educación a grupos y educación con centros educativos).
Para llegar a establecer estrategias y hacer consideraciones y propuestas de mejora en promoción y educación para la salud, es necesario en primer lugar conocer las necesidades de la población con la que trabajamos. Con el Proyecto “Necesidades sentidas de formación de la población del barrio de Las Fuentes. Una oportunidad de mejora”10 hemos descubierto dichas necesidades formativas a través de una encuesta de necesidades sentidas de formación en el Centro de Salud (CS) y La Fundación El Tranvía (FT). Una vez evaluado y sabiendo de lo que partimos desde AP, tenemos la posibilidad de abordar estos problemas de salud elaborando el programa que nos ocupa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES:
-Elaborar un programa de sesiones educativas multidisciplinares que se adapten a las necesidades de salud sentidas por la población de la ZS Fuentes Norte
-Adecuar las sesiones educativas a las necesidades sentidas de formación sanitaria por la población de nuestra zona básica de salud
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
-Ofrecer una educación grupal a la población RETO que acude al CS y a la FT

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se diseña un programa de 6 sesiones educativas, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el CS y 3 en la FT.
El diseño del cronograma de sesiones formativas se ha adaptado a las necesidades sentidas y expresadas por la población usuaria del CS Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía, dando así una cobertura específica a sus intereses. Esta oferta se prevé adaptar cada año según las necesidades de la población o poblaciones reto del barrio.
El Grupo de Formación y Educación "Las Fuentes" utilizando el Modelo Europeo de Excelencia EFQM trabajará y realizará propuestas de mejora de forma anual a los dos centros de trabajo el CS y la Fundación el Tranvía. Siempre con el objetivo de mejorar y adecuar las sesiones a las necesidades de la población y con la población.
Sesiones:
-En la Fundación el Tranvía:
-La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo.
-La higiene como prevención de enfermedades.
-Vacunación infantil, ¿cúal es su importancia?
- En el CS:
-Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI
-Cancer. ¿Qué hay de nuevo?

Proyecto: 2016_1301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

-El estres como riesgo cardiovascular.

Se publicitará el servicio en los medios de comunicación radio y televisión local y mediante carteles en el CS, colegios, FT y mercadillos en la zona.
Se proporcionará material escrito a los asistentes a las sesiones relativos al tema tratado.
No se precisa dotación económica puesto que se utilizarán las instalaciones y recursos de la FT y el CS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se realizará mediante una encuesta de satisfacción y nivel de asistencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Fecha inicio: 1/Junio/17
• Fecha de finalización: 31/Enero/18
• Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2017
• Diseño de la encuesta: Julio/2017
• Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2017
• Interpretación datos: Diciembre 2017/Enero 2018
• Difusión de resultados: Febrero /2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ESTILO DE VIDA Y PREVENCION
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRAIN DE VAL ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
· JULIAN CAMPOS JUANA MARIA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA HERNANDEZ ROSA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
· SERNA FORTEA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA
· PAJARES CARNERERO LUCILA. TCAE. CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El EAP distribuirá el calendario de la siguiente manera:
Enero y febrero: nombramiento de responsables y formación
Marzo distribucion de proyectos y puesta en marcha del procedimiento
Mayo reunion de control,dudas,aclaraciones y control de registros
Septiembre, control de las actividades realizadas hasta ese momento
Noviembre, indicadores y conclusiones finales
Diciembre, propuestas de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ninguna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISIONACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS EN EL C.S. REBOLERIA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAJON LOZANO DIANA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MURILLO MEDEL CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tas la ultima revisión y actualización hace mas de 3 años observamos que hemos perdido agilidaz en la Atencion Urgente en el Centro de salud, convenimos el grupo de calidad actualizar tanto los Planillas de atención de de las diferentes urgencias como del manejo de toda la consulta de Urgencias, Medicacion, Maletin de Urgencias Ventiloterapias,oxigeno, desfibrilador etc, como la coordinacion de todos losprofesionales implicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
** Mejor conocimento de de las planing de actuacion.
**Mejor conocimiento de la distribución de nuestra Sala deUrgencias.
**Mejor conocimiento ymanejo de la medicación de urgencias.
**Asegurar el planing de Medicina y enfermeria de Atencion Urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1)Reunion de todo elEquipo y explicacion de programa, por los responsables del Programa.
2) En sesion clinica explicacion de las Planillas mas importantes de atencion Urgente,
3) Reunion en la sala de Urgencias, en grupos reducidos de medicina enfermeria en nº de 6 reuniones de la distribucion manejo oxigeno desfibrilador laringoscopios etcy demas elementos necesarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A l inicio :test evaluacion de conocimientos y expresion delas dificultades que ha podido tener en la atencion Urgente.

Al final nueva evaluacion del test y valoracion de satisfaccion del programa .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Junio del 1º test y ese mismo mes (descanso en vacaciones) y luego septiembre y si queda alguno en octubre las diferentes grupos pasaran a valorar las sala de urgencias y para Diciembre ultimo test, de evaluacion

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Calidad dela atencion Urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1423 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GUTIERREZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· ECHEVERRI OYAGA ANA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· ARIZON DEZA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· ZAPATA ABAD TERESA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· CARRION AMBRONA SARA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· GINER HUESCA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad. .
D- Dinamización de los Paseos de los miercoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.
E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repatiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

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

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

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1423 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

A: Responsable dela elaboración las Actas : Maria José Giner

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patologia crónicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1126 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO SORO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· BURRO DAL ADORACION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ JULIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· FRANCO LOPEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION. FISIOTERAPEUTA. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· RAMOS FRAILE NURIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona socilicitó que desde el centro de salud se impartiertan charlas de educacion sanitaria a niños de 1º de educacion primaria, peticion que fue atendida por nuestra parte.Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos.
Debido a la alta concentracion de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educacion en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva,durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios,tanto públicos como concertados,que deseen participar

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poblacion diana: Alumnos de 1º curso de educacion primaria de los colegios de nuestra zona basica de salud, tanto publicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:
Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.
Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.
ACTIVIDADES:Contactar con los centros escolares mediante carta y/o telefono.Cuestionario previo.Charla + audiovisuales. Tallller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final . Informe al consejo de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/dia: Standard 65%,Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/dia. Standard 30%,Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestacion: Standard 50%,Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posicion correcta para llevar la mochila. Standard ND,Objetivo 75%.
La fuente de datos seria los resultados del cuestionario previo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalizacion: Junio 2017
Presentacion del programa a los colegios : Sept-Oct 16
Recepcion de las solicitudes de los colegios : Nov 16
Elaboracion cronograma charlas: Nov 16
Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16
Entrega de material previo (cuestionarios...) :Dic 16
Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3): Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) : Marzo-Abril 17.
Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17,2º colegio : Marzo17, 3º colegio :Abril 17.
Evaluacion resultados: Junio-Julio 17
Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades Preventivas

Proyecto: 2016_1126 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· LAMBAN ANTOÑANZAS CAROLINA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· CATALAN ARANA IGNACIO. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ BORAO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ DOMINGO PILAR. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SANTOS GUERRERO MARIA SOL. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI tanto por su creciente magnitud como por sus complicaciones. En los últimos estudios realizados en España sobre la prevalencia de la DM, se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta tiene diabetes. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hace que las complicaciones vasculares y neuronales aumenten. La neuropatia diabética es la complicación más frecuente en pacientes con DM2. Se estima que el 40% de diabéticos con más de 10 años de evolución desarrollan alguna neuropatía y sobre el 15% presentarán patología vascular isquémica. La elevada prevalencia de las complicaciones crónicas de la DM, condiciona que se produzca un fuerte impacto sobre los costes sanitarios y atención primaria es el lugar adecuado para disminuir esos gastos mediante la educación sanitaria y la detección prescoz de complicaciones. Desde el año 2011, en nuestro centro de salud se ha ido realizando la exploración sensitiva y vascular del pie diabético. Dado que la curación de úlceras (vasculares y neuropáticas) son muy costosas tanto en tiempo de los profesionales como en recursos (apósitos, pomadas, vendas..) nuestro plan de mejora es detectar lo antes posible las complicaciones de EEII para disminuir costes y mejorar la calidad de vida del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Detectar pacientes con DM de más de 10 años de evolución e incluirlos en visita programada de enfermería para realizar la exploración sensitiva y vascular.
2- Conocer el número de pacientes que al menos una vez se les ha realizado la exploración del pie.
3- Identificar los pacientes de riesgo (fumadores y con patologia vascular previa).
4- Derivar al médico de familia los casos con ITB patológico y si lo cree oportuno al especialista.
5- Motivar a enfermería a realizar la exploración de manera anual.
6- Aumentar la satisfacción del usuario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Crear un equipo de enfermeras que forme y motive al resto. Responsable todo el equipo de mejora.
2- Enseñar a realizar la revisión sistemática y organizada del pie diabético. Realizarán la sesión Mª Luz Salvador y Marisa Gómez.
3- Priorizar pacientes fumadores y con factores de riesgo vascular. Todos los componentes del equipo revisarán los cupos buscando pacientes diabéticos de riesgo.
4- Realizar una hoja para registrar el resultado de la exploración. Pilar Martinez, Minerva Saez
5- Crear una hoja de excell para registrar a todos los pacientes a los que se le realiza la exploración. Mercedes Gómez.
6- Repasar el registro adecuado de los resultados en OMI. Mª Luz Salvador, Carolina Lamban, Ignacio Catalán
7- Valorar la satisfacción del ususario mediante una encuesta. Realizará la encuesta Mª Sol Santos y Mercedes Gómez.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Número de enfermeras que acuden a las sesiones de formación dividido entre el número total de enfermeras. Se pasará hoja de firmas en cada sesión.
2- Número de enfermeras que acuden a la sesiones de formación dividido entre el número de enfermeras que realizan la exploración sensitiva y vascular.
3- Nª de pacientes derivados al MAP dividido entre el nº de pacientes con ITB patológico.
4- Porcentaje de pacientes con ITB normal y patológico
5- Nº de pacinetes con ITB patológico dividido entre el nº de pacientes de más de 10 años de evolución.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará desde octubre del 2016 hasta septiembre del 2017.
1- Octubre 2016: Creación del equipo de enfermeras que forme y motive.
2- Noviembre 2016: Sesión de exploración del pie diabético.
3- Diciembre 2016: Cada enfermera sacará el listado de sus pacientes, detectará los de riesgo y empezará a citarlos en consulta programada.
4- Enero 2017: Sesión para explicar la hoja de registro de resultados, el registro en OMI y repasar la exploración.
5- De enero a agosto 2017: Realización de la exploración del pie.
6- Mayo 2017: Elaborar la encuesta de satisfacción.

Proyecto: 2016_0315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

7- Septiembre 2017: Valoración de los resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

2. RESPONSABLE ..... JOSE PORTA QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN AURED MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ BORAO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SAEZ DE GUINOA MINERVA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SANZ LOBERA ESTHER. TCAE. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· CUESTA SAMPER MARIA TERESA. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· FUERTES ROCAÑIN PILAR. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

8 Duracion y calendario:
(el EAP distribuirá el calendario)
Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

D
Distribución proyectos

Formación

Nombramiento responsables
x

Puesta en marcha procedimiento
x

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

x

Seguimiento actividad: controles trimestrales

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

x

x

Indicadores y conclusiones finales

x

Propuestas de mejora

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

8 Duracion y calendario:
(el EAP distribuirá el calendario)
Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N
D
Distribución proyectos

Formación

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

Nombramiento responsables
x

Puesta en marcha procedimiento
x

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

x

Seguimiento actividad: controles trimestrales

x

x

Indicadores y conclusiones finales

x

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

Propuestas de mejora

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N
D
Distribución proyectos

Formación

Nombramiento responsables
x

Puesta en marcha procedimiento
x

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

x

Seguimiento actividad: controles trimestrales

x

x

Indicadores y conclusiones finales

x

Propuestas de mejora

Actividades 2017
E
F
M
A
M
J
Jl
A
S
O
N
D
Distribución proyectos

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

Formación

Nombramiento responsables
x

Puesta en marcha procedimiento
x

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros

x

Seguimiento actividad: controles trimestrales

Proyecto: 2016_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAGASTA-RUISEÑORES

x

x

Indicadores y conclusiones finales

x

Propuestas de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Servicios imprescindinles para la asistencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Organización asistencial de Servicios básicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ BORAO MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ DOMINGO PILAR. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ANGUAS GRACIA ANA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· PEIRO MURILLO BEATRIZ. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no solo por su prevalencia, sino también por su elevada tasa de morbimortalidad y sus complicaciones crónicas. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hacen que las complicaciones vasculares y neurológicas aumenten. Para nuestro centro es un problema de salud prioritario que requiere un cuidado clínico y una educación continua para prevenir las complicaciones agudas y crónicas además de contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico. Consideramos que la educación diabetológica es fundamental para informar, motivar y mejorar la adherencia al tratamiento con el fin de reducir el peso de la cronicidad y aumentar la calidad de vida.
Los inputs y/o consumos que pretende mejorar nuestro proyecto de salud comunitario son los siguientes:
Ayudar a aceptar el diagnostico de diabetes y aprender a adaptarse a la enfermedad.
Aprender y modificar los hábitos de vida necesarios para tener una buena calidad de vida (dieta, ejercicio, toma de medicación).
Participar en la toma de decisiones para integrar y mantener los nuevos hábitos adquiridos.
Superar miedos y mitos sobre la insulinizacion y sus consecuencias.
Mediante la educación grupal pretendemos fomentar el autocuidado por parte del paciente con diabetes y la implicación de familiares y/o cuidadores proporcionando conocimientos y habilidades para lograr un buen control de su enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro programa se va a centrar en un grupo homogéneo en función del nivel de instrucción y con características socioculturales semejantes. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares.
Los objetivos a cumplir son:
- Mejorar la hemoglobina glicada
- Mejorar la cifras de tensión arterial.
- Mejorar conocimientos mediante una encuesta antes y después del programa de salud.
- Aumentar la hidratación del pie, se medirá a los 3 meses en consulta de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará 2 ediciones anuales según las necesidades y recursos.
Se realizarán 2-3 sesiones en cada edición.
Una sesión semanal.

Las personas serán captadas directamente por medico/a y enfermero/a.
Se incluirán en el programa los pacientes que cumplan los siguientes criterios:
Capacidad suficiente de aprendizaje
Haber pasado por la educación individual
Tener motivación
No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores
Mal control metabólico de larga evolución

Las sesiones grupales duraran sobre 1 hora y media.
En turno de mañana o tarde según las necesidades del grupo.
El lugar de realización de las sesiones grupales será en las instalaciones del centro de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se valorarán los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta.
Para valorar la satisfacción de los pacientes se realizará una encuesta al finalizar el programa.
En consulta se compararán la cifra de hemoglobina glicosilada, tensión arterial e hidratación de los pies, antes de las sesiones y 6 meses después de la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En 1 año se realizarán 2 ediciones del programa, con 3 sesiones en cada edición, de una duración de 1,30 h cada una.

Los responsables de las sesiones serán:

Proyecto: 2016_1400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

M. Luz Salvador Visiedo. Enfermera
M. Luisa Gómez Borao. Enfermera
M. Pilar Martínez Domingo. Enfermera
Ana Anguas Gracia. Enfermera
Mercedes Gomez Borao. Enfermera
Mariel Araceli Madrigal Ybarro. Enfermera
Beatriz Peiro Murillo. Medico

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Diabetes

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE CENTRO

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONED IZUEL JESUS. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLANOVA GINER CARMEN. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· LAGUARDIA OBON ARANCHA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS LORENTE MARIA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· TIHISTA BELLO MARIA PILAR. TCAE. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Pilar Tihista (auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente
Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Carmen Villanova(MF)/ Arancha Laguardia (ENF)
Esterilización: Pilar Tihista(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio, Septiembre, Diciembre.
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre.
Propuestas de mejora: Diciembre

Proyecto: 2016_0393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE CENTRO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología en atención primaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1571 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

2. RESPONSABLE ..... ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MORFIOLI ELENA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· FERRERAS GASCO DOMINGO. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. PSICOLOGO/A CLINICO. CSM SAN JOSE. SALUD MENTAL
· SANZ CARRILLO CONCEPCION. MEDICO/A. CSM SAN JOSE. SALUD MENTAL
· FORCEN VICENTE DE VERA ELENA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN CARLOS. NEUMOLOGIA
· SOLER GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. CSM SAN JOSE. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardiacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.
Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida.
Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0396 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

2. RESPONSABLE ..... BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ARA ANA MARIA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR ANTON NATIVIDAD. TCAE. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PINEDA FON PABLO. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO VALDES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PARDO MONZON ANA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxilar clinica)/Ana Pardo (ENF)

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

Proyecto: 2016_0396 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología en atención primaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0055 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUIRCE SANCHEZ SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. CS SAN JOSE NORTE. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Nuestro proyecto continuar la implantación y desarrollo del protocolo de atención a este tipo de pacientes, para optimizar la eficacia y eficiencia de este tipo de atención médica en nuestra consulta.
La necesidad de atención odontológica de pacientes con discapacidad es idéntica a la del resto de la población infantil, si bien desde nuestra consulta debemos llevar a la práctica habilidades emocionales y clínicas diferentes.
Nuestro principal enfoque aumentar la implantación de forma paulatina de nuestro protocolo de atención bucodental en pacientes infantiles con algún tipo de discapacidad desde nuestras consultas en AP, para así obtener una disminución real de la prevalencia de gingivitis, epo y caries.
La población diana escogida abarca las edades desde los 3 hasta los 6 años, ya que a partir de esta edad se derivan directamente a la unidad específica de San Juan De Dios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir mediante la prevención una prevalencia próxima a 0 de las patologias de gingivitis, epo y caries en población diana mediante la elaboración de un protocolo específico para dichas patologías.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Recogida de pacientes: directos de demanda y derivados de pediatría.

2. 1º visita: Primer contacto con paciente y familia: lograr una familiarización del paciente con nuestra consulta y realizar exploración bucodental.
3. Sucesivas:

-Establecimiento de rutinas de higiene bucodental individualizadas para el paciente, y padres o tutor, mediante el uso de pictogramas como sistema de apoyo. La labor de la familia es fundamental para conseguir niveles óptimos de salud dental.
-Mantenimiento de la salud oral: consejos de dieta, mediante el uso personalizado de hojas de cariogenicidad de alimentos.

- Establecimiento de técnicas de cepillado, adaptándolas a las limitaciones motoras del paciente, uso de pictogramas, etc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Apertura de historia clínica para su evaluación y seguimiento.
Indicadores gingivales y de índice de caries.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer contacto con población diana y seguimiento del mismo, visitas semanales, posteriormente mensuales y trimestrales.
- Apertura de historia clinica, ralización de índices de forma sucesiva, así como técnicas de instrucción de higiene oral.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otros

Proyecto: 2016_0056 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

2. RESPONSABLE ..... SUSANA QUIRCE SANCHEZ
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SAN JOSE NORTE. TRABAJO SOCIAL
· BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SALDAÑA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto pretende dar a conocer la importancia de la promoción de la salud en niños en edad escolar a través de visitas programadas de escolares al Centro De Salud, estableciendo así la importancia de familiarizarse con el personal sanitario, el tipo de atención sanitaria y preventiva realizada en el centro y conocer los recursos materiales y los espacios y salas de las que consta el centro.
Nuestro principal enfoque es incidir para conseguir que este colectivo se implique directamente en la promoción de la salud, hábitos higiénico sanitarios a través de charlas, métodos audiovisuales, e interacción directa con el personal sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir mediante la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud, acercar el Centro de Salud a la población y disminuir la ansiedad generalizada provocada por las visitas sobre todo al dentista y a la sala de extracción de muestras y adquiris hábitos saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Contacto con el colegio y programación de la actividad
Recepción de los escolares en el hall del centro de salud, que acuden acompañados por personal del colegio
proyección de métodos audiovisuales y charla informativa sobre la promoción de la salud en la sala multiusos
visita realizada en grupos de 10 niños como máximo por las instalaciones del centro: sala de extracción de muestras, consultas de pediatría, odontología y otros.
Despedida en el hall y entrega de material de refuerzo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Interés que muestran cada año los profesores del colegio para continuar anualmente con la actividad
dibujos que nos hacen los niños mostrando lo que mas les ha impactado y gustado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PRIMER TRIMESTRE DEL CURSO ESCOLAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENTIVO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0068 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO SALDAÑA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. PSICOLOGO/A CLINICO. CS SAN JOSE NORTE. SALUD MENTAL
· BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ SANZ MARISOL. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO UCAR CRISTINA. MIR 4º. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGO PASCUAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
-FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORARES PARA ATENDER A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES Y DESCONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS.
-COSTE EMOCIONAL ASOCIADO AL ROL DE CUIDADOR.
-EMPEORAMIENTO GLOBAL EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
-UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS Y MEJORA DE DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA Y PSICOLOGICA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-RESPUESTA POSITIVA A LA CONVOCATORIA DE AL MENOS UN 75%, MEDIDO MEDIANTE LA HORA DE REGISTRO.
-ASISTENCIA DE, AL MENOS, UN 80% A LAS SESIONES, MEDIDO A TRAVÉS DE LA HOJA DE FIRMAS.
-SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES: 4 SOBRE ESCAL DEL 1 AL 5, MEDIDO A TRAVES DE UNA HOJA DE EVALUACIÓN ENTREGADA EN LA ÚLTIMA SESIÓN.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
6 SESIONES, CON FRECUENCIA SEMANA. LA FECHA PREVISTA DE INICIO ES OCTUBRE DE 2016 Y FINALIZACIÓN EN NOVIEMBRE DEL MISMO AÑO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SOBRE CARGA DEL CUIDADOR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCES ROMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARTA MANCHO JAVIER. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· PORTERO URIEL LIRIA. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· SOLA ANTON JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· MONE FOZ ESPERANZA. TCAE. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAVILLA NAVARRO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantacion y funcionamiento del sistema de gestion de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificacion UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de getion de calidad normalizado donde los procesos esten perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periodicamente mediante un proceso de mejora continua y deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San José Sur del sector Zaragza II se encuentra certificado segun norma ISO 9001 desde el año 2011.
Nuestro planteamiento es mantener la certificacion.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es avanzar en la implicacion de todos los miembros del equipo y mantener la certificacin ISO 9001 en el proximo año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilizacion de la informacion del sistema de Getion de la Calidad como son los informes de auditoria, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el analisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilizacion del protocolo de atencion contiuada.
Actualizion de las normas en utilizacion de envases multidosis
Atender a las demandas segun reclamaciones y encuesta de satisfacion
Impulsar sesiones clinicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna en abril 2017
Reunion por la Direccion en mayo 2017
Auditoria externa en junio 2017
Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.
---

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1492 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN OTAL MARIA PILAR. PEDIATRA. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· MATEO FERRANDO ANA MARIA. PEDIATRA. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER. MATRONA. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· FERRERAS AMEZ ANA. PEDIATRA. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

Proyecto: 2016_1492 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

9. OBSERVACIONES.
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Madres de niños entre 0 y 2 años
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0778 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAZA INVERNON ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CASBAS PEDRO. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· BENEDI ARTAL SONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San Pablo del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2010.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La prestación de los servicios de atención de salud propios del nivel de atención primaria, incluyendo promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, adoptando el sistema de gestión de calidad (norma ISO 9001)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Tras la Auditoría Interna (26/04/2016), se destaca la necesidad de formación en diversas áreas, como pueden ser el seguimiento del cuadro de mandos de diabetes o los registros en OMI de las interconsultas con Atención Especializada. Se va a plantear como sesiones en el plan de formación de 2016-2017.

En relación a las no conformidades abiertas, se mantiene abierta la NC-3 relacionada con equipamiento (solicitud de megafonía nueva). En relación con el procedimiento de esterilización se está en proceso de adaptación de la norma del sector.
Asimismo se pretende la mejora de los datos de los indicadores de objetivos marcados por la dirección, aunque algunos de ellos no se tienen datos previos al ser de nueva evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: abril 2017
Revision por la Direccion: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones del CS (sept2016-junio2017)
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados (cada cuatrimestre 2016-2017)
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0860 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... NIMA PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCARTIN LASIERRA PATRICIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO FELIU LUIS ANDRES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO BARRIO PAULA MARIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· NUIN CONS ELENA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· PASTOR SANZ MARTA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ MAINAR IRIS. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SEBASTIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El sedentarismo o falta de ejercicio fi´sico es uno de los males
ende´micos de nuestra sociedad del siglo XXI. Se acompan~a de otros problemas asociados mu´sculo esquele´ticos, enfermedades cardiovasculares, obesidad y otras patologi´as como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales y otros. La Organizacio´n Mundial de la Salud, las principales li´neas de accio´n de la Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentacio´n, el sobrepeso y al obesidad o el Ministerio de Sanidad y Politica Social a trave´s de la Estrategia para la Nutricio´n, Actividad Fi´sica y Prevencio´n de la Obesidad, tambie´n conocida como Estrategia NAOS recomiendan la realizacio´n de actividad fi´sica adema´s de una dieta adecuada. En Arago´n, como marco de promocio´n de alimentacio´n y actividad fi´sica se desarrolla la Estrategia PASEAR. Las u´ltimas recomendaciones, dentro de la Estrategia de Promocio´n y Prevencio´n del SNS recomiendan la realizacio´n de al menos 150 minutos de actividad fi´sica a la semana para personas adultas.
Tambie´n somos conscientes de co´mo los determinantes sociales influyen en la salud de la poblacio´n y como una favorable red social puede ser un factor protector de la salud.
Atendiendo a la necesidad de mejorar la salud de las personas, no solo a trave´s de la atencio´n cli´nica en las consultas si no tambie´n con intervenciones comunitarias proponemos la continuidad de un programa de paseos cardiosaludables que estimulen la realizacio´n de ejercicio fi´sico entre nuestros pacientes y la mejora de sus redes sociales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mantener esta actividad comunitaria como recurso para la prescripcio´n de ejercicio fi´sico en las consultas
- Mejorar el registro de realizacio´n de actividades comunitarias
- Mejorar la formacio´n en prescripcio´n y realizacio´n de ejercicio fi´sico por parte del CS y otros CS
- Valorar la satisfaccio´n de las personas participantes en los paseos y la mejora de su calidad de vida a trave´s de encuesta de satisfaccio´n creada ad hoc.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Proyecto ya consolidado, con continuidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoracio´n de la auto-percepcio´n de su salud en las personas
participantes a trave´s de encuesta realizada ad-hoc y autoadministrada.
Valoracio´n de las caracteri´sticas de la poblacio´n participante en cuanto a edad, sexo, patologi´a cro´nica, etc.
Valoracio´n de la realizacio´n de otras actividades complementarias a los paseos, como la participacio´n en el Gimnasio de Mayores sito en el solar junto al CS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La actividad tiene duracio´n anual, con periodos de descanso entre los meses de junio y agosto, coincidiendo con los periodos vacacionales ma´s largos.
Las actividades se desarrollan segu´n calendario, con sesiones cli´nicas al EAP trimestrales.
La encuesta de valoracio´n ad hoc de los participantes se autoadministra de forma bianual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades de Promoción de la Salud en población general.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0860 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Proyecto: 2016_0960 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION PREFERENTE A FISIOTERAPIA DE LOS PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN CS SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... PILAR SORIANO LAMANA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALVERDE ARANDA SELMA. MÉDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MACIPE GASCON BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. CS SAN PABLO. FISIOTERAPIA
· BENEDI ARTAL SONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN PABLO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Determinadas patologías (gonalgia, hombro doloroso..) podrían mejorar su curso con una valoración fisioterápica temprana .
Los pacientes con patología osteoarticular preferente llegan tarde a valoración por fisioterapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución del número de consultas sucesivas a medicina familiar por el mismo proceso osteoarticular
Prevención de la incapacidad temporal o reducción de su duración.
Disminución del uso de fármacos
Mejora de la satisfacción del usuario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Clasificación adecuada de los pacientes con derivación normal y preferente a fisioterapia.
Aumento de la proporción de nuevas visitas de preferentes a la semana en fisioterapia . Actualmente se citan 2 pacientes preferentes y 8 pacientes normales por semana. Se pasaría a citar 6 pacientes preferentes y 4 pacientes normales por semana.
Realización de sesión formativa impartida por fisioterapia dirigida a medicina familiar para revisar los criterios de derivación preferente(siguiendo criterios de funcionalidad y autonomía del paciente)
Atención a pacientes preferentes de forma individualizada
Atención a pacientes normales vs crónicos de forma grupal y/o individualizada
Técnicas fisioterapia
Adiestramiento en ejercicios para domicilio
Medidas preventivas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración tiempo medio que transcurre desde la primera visita al médico de familia hasta la resolución del proceso en atención primaria o hasta la derivación a especializada si procede.
Encuesta de satisfacción al usuario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Indicar, al menos, las fechas previstas de inicio y finalización del proyecto, así como el cronograma de las actividades previstas
Sesión clínica formativa: último trimestre 2016
Modificación agenda citación fisioterapia: posterior a la sesión clínica
Evaluación a los 3-6 meses
Finalización del proyecto : Junio 2016.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1075 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... ELENA NUIN CONS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· EGUILUZ LOPEZ MERCEDES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· PASTOR SANZ MARTA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ MAINAR IRIS. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARCO BRUALLA MARIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO BARRIO PAULA MARIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el mundo hay 400 millones de personas infectadas por virus de la hepatitis B o de la hepatitis C. En 2016 la OMS estableció como meta tratar a 8 millones de personas de aquí a 2020. En los últimos años ha habido cambios importantes en el conocimiento de la historia natural de la infección, el tratamiento y el manejo de las hepatitis. La aparición de nuevos fármacos con altas tasas de éxito a la hora de erradicar el virus, y los cambios en los criterios de selección de los pacientes candidatos al tratamiento, han obligado a modificar los criterios de manejo de estos pacientes.Nos proponemos analizar el estado actual de estos pacientes revisando cómo se realizó el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En nuestro sector sanitario no se puede solicitar la carga viral desde atención primaria por lo que todos los pacientes con IgG positiva de VHC, o HBAgs positivo de VHB deben ser remitidos a atención especializada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar si los casos de hepatitis B y C en nuestro centro de salud estan diagnosticados correctamente según serologías y el seguimiento realizado. Identificar aquellos en los que se debe completar el estudio en atención primaria o especializada. Describir las características de los pacientes con diagnóstico de hepatitis viral en nuestro centro y las características sociodemográficas que hayan podido influir en el seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de todas los pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo en los que conste un episodio CIAP D72 (hepatitis viral).
Criterios de Exclusión:
Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis.
Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel.
Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A.
Se solicita listados de pacientes con CIAP D72 a Sº de informática del sector Zaragoza 2, analizando todos los casos del CS San Pablo.
Se realizará la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003 en una base de datos, donde constarán:
Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica.
Si existe o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas)
Si ha recibido tratamiento para esta infección si hay constancia del mismo.
Genotipo del VHC
Realización de la carga viral a lo largo del transcurso de la infección
Si ha habido curación y si este se ha producido tras recibir el tratamiento.
Revisión de los pacientes que han de ser derivados
Se analizarán los datos obtenidos, recogiendo las conclusiones. Posteriormente se realiza una actividad informativa con los miembros del EAP San Pablo presentando los datos en conjunto e informando individualmente a cada médico de la situación de sus pacientes y de las actividades pendientes para mejorar su seguimiento.
Se mantendrá contacto con los FEA digestivo de nuestro sector para establecer un protocolo de derivación más eficiente que el actual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes con antiVHC + y carga viral conocida/total pacientes antiVHC+
Pacientes con antiVHC+ derivados a At especializada/total pacientes antiVHC+
Pacientes con antiVHC+ tratados/total pacientes antiVHC+
Pacientes con AgHBs+/total pacientes con AntiHBc+
Pacientes con AgHBs+ con carga viral conocida/total pacientes con AgHBs+
Pacientes con AgHBs+ derivados a At especializada/total pacientes AgHBs+
Pacientes con AgHBs+ tratados/total pacientes AgHBs+
Criterios derivación:
Hepatitis B: Infección crónica por VHB (persistencia más de 6 meses de HBsAg+): se derivarán para valorar

Proyecto: 2016_1075 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

necesidad de tratamiento (carga viral, niveles de transaminasas...). Todo paciente con HBsAg+ será remitido ya que en atención primaria no es posible solicitar detección de ADN de VHB y porque la detección de HBeAg y AntiHBe como indicador de replicación del VHB en nuestro medio está limitada por la alta prevalencia de infección por mutantes pre-core. En caso de detectarse infección crónica (o de evolución desconocida) con HBsAg+ y HBeAg+ deberán derivarse a atención especializada.
Hepatitis C: Se derivarán todos los pacientes con serología positiva de Hepatitis C para determinar si presentan replicación de ARN de VHC ya que es una determinación que no se puede solicitar desde atención primaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 1 año.Noviembre/diciembre 2016 análisis datos y presentación en el Centro de Salud.Enero/febrero 2017 reunión con especialistas de digestivo de referencia para establecer circuitos de derivación.Marzo a junio de 2017 contactar con los pacientes que no cumplan criterios de aceptabilidad de seguimiento y realizar los procedimientos adecuados para mejorar el seguimiento.

9. OBSERVACIONES.
Modificación sobre el Proyecto nº 856

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hepatitis C

Proyecto: 2016_1567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCARTIN LASIERRA PATRICIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GIMENO FELIU LUIS ANDRES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO GREGORIO MILAGROS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PASTOR SANZ MARTA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· NUIN CONS ELENA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GOMEZ MAINAR IRIS. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales deformación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar.Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboracion del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educacion para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones.
Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la linea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial.
Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos
OBJETIVOS GENERALES:
. Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
. Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a traves de la realización de una actividad novedosa.
. Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
. Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.
Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.
Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.
Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.
Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.
- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.
- Organización del plan de rodaje (analisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...).2-3 reuniones
- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.
- Montaje posterior. 1 mes
- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)
RECURSOS MATERIALES
Dos cámaras.
Grabadora y micrófono.
Ordenador y programa de edición de videos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_1567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA
- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes.
Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PRODECIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERUEL MAICAS ALICIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TREMPS LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN GINER MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MONREAL ALIAGA ISABEL. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BOVIO HERAS GUILLERMO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes,lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro..Aumento de la calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, vertificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposción. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.

- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.
- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, asi como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, asi como propuestas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

Proyecto: 2016_0320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PRODECIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1074 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TERREROS ARNEDO CARLOS. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BOVIO HERAS GUILLERMO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MONREAL ALIAGA ISABEL. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN BUIL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere.
Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos sintomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales.
Mantener un maletin de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad.
El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado.
Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición.
La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluídos en el maletin de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario,
dejando constancia de la actividad realizada.
Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios.
Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia.
El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio.
Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas.
Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016.
A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas.
Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago.
Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

Proyecto: 2016_1074 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido
del maletín de cuidados paliativos.
Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.
Revisión de incidencias.
Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.
El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades terminales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

2. RESPONSABLE ..... ALICIA TERUEL MAICAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONREAL ALIAGA ISABEL. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TREMPS LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN BUIL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RAMON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ ROY JOSE LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN GINER MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.
Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con caracter ordinario de forma trimestral.
Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.
Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.
Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.
En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.
Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.
Se ha producido una aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.
Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).
Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género
Mejorar la coordinación entre las distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)
Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.
Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.
A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta ynotifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: minimo 50% máximo 100%. Actual: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: mínimo-50% Máximo-100%

Proyecto: 2016_1551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reuniones de la Comisión trimestrales
- Evaluación anual
- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Violencia de Género

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1566 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELA INSA MARIA JESUS. MATRONA. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· TERUEL MAICAS ALICIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN BUIL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TREMPS LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RAMON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto “Talleres de sexualidad, educacion psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmision sexual” (proyecto asistenciál presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona Mª Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la cComarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre.
A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de os mismos como de prevención

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un “saludo saludable” para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsalbes: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por Mª Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se revaluará su pertinencia.
Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.
Las actividades que de momento tienen calendario son:
- tinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se ralizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprovación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Proyecto: 2016_1566 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Plan de comunicación:
- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

9. OBSERVACIONES.
La Matrona Mª Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la cactualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Salud sexual. Drogadicción
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

2. RESPONSABLE ..... JESUS RUIZ BARRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OTEGUI ILARDUYA LUIS. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SORIA CABEZA GLORIA. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· LASARTE VELILLAS JUAN JOSE. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· TURON RAMOS BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· MORENO FLOR SILVIA. TCAE. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Torreramona del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2012.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación ISO 9001. en el EAP Torreramona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoria, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Actividades mas importantes que se quieren realizar con los responsables:
1. DOCUMENTACIÓN
1.1. Actualizar el manual de acogida. Coordinador de EAP.
1.2. Actualizar la documentación en vigor. Responsable de Calidad.
2. OBJETIVOS
2.1. Planificar los objetivos. Grupo de Calidad.
2.2. Seguimiento de objetivos. Grupo de Calidad.
2.3. Evaluación final de objetivos. Grupo de Calidad.
3. PERSONAL
3.1. Actualizar curriculums. Responsable Formación.
3.2. Planificar la formación del EAP. Responsable Formación.
3.3. Gestionar calendario de sesiones.. Responsable Formación.
3.4. Evaluar el programa de formación. Responsable Formación.
4. GESTIÓN DE CALIDAD
4.1. Reuniones del consejo de salud de zona. Coordinador de EAP.
4.2. Seguimiento de Incidencias, No conformidades y reclamaciones. Grupo de Calidad.
4.3. Seguimiento de acciones preventivas. Grupo de Calidad.
4.4. Seguimiento de la líneas de mejora. Grupo de Calidad.
5. SEGURIDAD, MATERIAL Y EQUIPOS
5.1. Control de la gestión de residuos. Aux. Enfermería.
5.2. Control de la esterilización de material. Aux. Enfermería.
5.3. Supervisar revisiones del carro paradas y maletines de urgencias. Responsable de equipos.
5.4. Calibrar el espirómetro. Responsable de equipos.
5.5. Control de las neveras de vacunas. Responsable de equipos.
5.6. Supervisar las revisiones externas de equipos. Responsable de equipos.
5.7. Control de stock y pedidos de material sanitario y botiquín. Aux. Enfermería.
5.8. Control del almacén. Aux. Enfermería.
6. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO.
6.1. Supervisar cita previa, libre elección, tarjeta sanitaria y prestaciones. Responsable de admisión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que se van a utilizar en el seguimiento y motorización del proyecto son:
1. Los indicadores del contrato de gestión del 2016
2. El número de incidencias y NC durante el 2016 respecto 2015
3. El número de sesiones de formación realizadas sobre las programadas

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

Proyecto: 2016_0409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: abril 2017
Revisión por la Dirección: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. septiembre 2016 a junio 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. periodicidad cuatrimestral.
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVACORAZONES. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL IES PABLO SERRANO

2. RESPONSABLE ..... EDGAR PEÑA GALO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JASO MIÑANA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ MARIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· LLANES LUÑO RICARDO. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ SLOCHER ANA MARIA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO JUEZ SARAY. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA URIEL IGNACIO. PROFESOR. IES PABLO SERRANO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Iniciativa surgida en relación a la importancia y la necesidad de divulgación y entrenamiento en RCP básica. La RCP es un procedimiento de sencilla realización que cualquier persona con un entrenamiento adecuado podría realizar ayudando así a salvar vidas. En este taller se trabajarán también otro tipo de situaciones que requieren actuación por parte de la población general, en él se entrenará la maniobra lateral de seguridad, la maniobra de Heimlich, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los asistentes al taller mejorarán sus conocimientos y su manejo en relación a primeros auxilios.
Todos los asistentes sabrán realizar RCP básica y actuar frente a determinadas situaciones que requieran actuación (OVACE, pérdida de conocimiento, etc.) en adultos y niños.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El taller tendrá una duración de 4 horas, comenzando a las 09:00 y terminando a las 13:00 horas. Durante el taller se realizarán los descansos habituales de la jornada escolar.
El taller será práctico con soporte audiovisual y teórico.
Durante el desarrollo del taller se realizarán diversas explicaciones a los asistentes de manera conjunta.
Posteriormente, en pequeños grupos de 5 o 6 personas, se realizará el entrenamiento. En estos grupos se realizará un refuerzo del contenido teórico.
Se dispondrá de diversos maniquíes para practicar la RCP y el resto de maniobras (un maniquí adulto y otro infantil para cada grupo).
Finalizadas las explicaciones y el entrenamiento, los asistentes realizarán una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos. Además, se les entregará un díptico que recoge todos los temas tratados en el taller.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Asistencia al taller.
Satisfacción del alumnado y profesorado.
Aumento de los conocimientos en torno al tema trabajado. Se realizará un breve test una vez finalizado el taller y un tiempo después de este.
Capacidad de realización de las maniobras en las cuales se ha instruido. Una vez finalizado el entrenamiento se realizarán varios casos para valorar la actuación de los asistentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividad con carácter anual

9. OBSERVACIONES.
Necesidad de mejorar la coordinación con el IES Pablo Serrano.
El IES y el centro de salud se comprometen a dar continuidad al proyecto por medio de la realización del mismo con los alumnos que corresponda en años venideros. También se establece un compromiso en relación a la realización de sesiones recordatorias para los alumnos que ya hayan realizado el taller.
Los alumnos serán animados a divulgar lo aprendido en su entorno.
Se pretende extender esta actividad a otros colegios de la zona básica de Salud.
Es preciso evaluar de manera continuada las necesidades y preocupaciones en torno a este tema.
Adecuar el horario de la consulta y de la actividad.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RCP básica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALVACORAZONES. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL IES PABLO SERRANO

Proyecto: 2016_1428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION SECUNDARIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... LUIS OTEGUI ILARDUYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IRIBARNE FERRER MARTA. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA GALO EDGAR. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SAURAS YERA INES. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO JUEZ SARAY. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad coronaria —cardiopatía Isquémica (CI)—, esta entre las primeras cusas de muerte en nuestro país. Se estima que cada año aumenta en 1.5% el número de casos de angina e infarto que ingresa en los hospitales españoles, en gran medida debido al envejecimiento de la población. La CI es una enfermedad que se puede prevenir en su presentación y en su repetición.
Está demostrado científicamente, con evidencia científica potente, que la detección de este grupo de pacientes, su seguimiento, y su control disminuye significativamente su morbimortalidad. Por ello, una de las líneas prioritarias del SNS en su documento sobre la Estrategia para la CI aprobado en el Consejo Interterritorial del 2003 es la prevención secundaria.
El registro EUROASPIRE (2001) de la Sociedad Europea de Cardiología, que ha estudiado la prevención secundaria en países europeos, entre ellos España, ha mostrado deficiencias importantes. Más de la mitad de los enfermos no alcanza los objetivos de control de la presión arterial y de los niveles de lípidos, alrededor del 30% permanece obeso, el 20% continúa fumando y el 78% de los diabéticos no tiene controlada su glucemia de forma idónea. Los porcentajes correspondientes a nuestro país en el citado registro se hallan en el mismo rango. Esta deficiente aplicación de las medidas de prevención secundaria al alta hospitalaria se ha puesto de manifiesto también en España en los registros PREVESE (Velasco et al., 2002).
Este programa está diseñado para evitar la repetición de la CI o sus consecuencias. Para ello es fundamental el control estricto de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCVs).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la situación actual del la prevención secundaria de la CI en nuestro EAP
Mejorar el nivel de conocimiento sobre la prevención secundaria de la CI entre los profesionales sanitarios del EAP.
Consensuar e implantar las actividades de seguimiento que facilite a los pacientes el cumplimiento óptimo de las medidas de prevención secundaria a largo plazo, tanto farmacológicas como de hábitos de vida.
Lograr el óptimo control de los factores de RCV: Presión Arterial, toma casual PAS < 140 y PAD < 90 (Ampa, < 135 / < 85) Hay situaciones donde debe conseguirse < 130/ < 80. Evitar PAD < 70 mmHg. Lípidos LDL < 70 mg% CT. No HDL: < 100 .Índice Aterogénico (CT/HDL): < 3. En diabéticos HBA1c en DM < 6.5%. o < 8% en DM >10 años evolución DM o con muchas complicaciones/riesgo hipoglucemia. Buena adherencia al tratamiento farmacológico antiagregante e hipolipemiante.
Reducir la tasa de repetición de IAM y angor.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
FASE 1: Valoración e la situación actual a través de OMI-AP en cuanto a pacientes con episodio de CI, pacientes con episodio de CI con tratamiento antiagregante e hipolipemiante, con PAS en el último año < 140 y PAD < 90, LDL < 70 mg% CT. No HDL: < 100, indice Aterogénico (CT/HDL): < 3. En diabéticos HBA1c en DM < 6.5%. o < 8% en DM >10 años evolución DM
FASE 2. Diseño e implantación de protocolos de seguimiento en los planes personales (PPC) de OMI-AP para la prevención secundaria de CI, método de captación y distribución de actividades entre consulta médica y de enfermería.
FASE 3: Despliegue del programa: Presentación al EAP, sesiones de formación continuada en el EAP, despliegue de los protocolos en los planes personales de OMI y actividad asistencial. Monitorización del programa.
FASE 4: Evaluación del programa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cobertura: % Pacientes con Cardiopatía isquémica con al menos una visita de seguimiento en el EAP en el periodo de evaluación.
Proceso: Porcentaje de pacientes con al menos una visita de seguimiento en el periodo de evaluación y tenga constancia de:
Tratamiento con Estatina
Tratamiento Antiagregante
Buena adehencia al tratamiento farmacológico
Anamnesis sobre habitos de vida: tabaco, ejercicio y alimentación
ECG anual
Control de TA periódico (mínimo tres veces al año)
Analítica anual pertil hipolipemiante y cardiológico. HbA1C en diabéticos
Resultado: Porcentaje de pacientes con al menos una visita de seguimiento en el periodo de evaluación con:
No hábito tabáquico

Proyecto: 2016_1428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION SECUNDARIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA EN ATENCION PRIMARIA

C-Ldl Lípidos LDL < 70 mg% y CT. No HDL: < 100.
PAS < 140 y PAD < 90
Pacientes con DM, HBA1c en DM < 6.5%. o < 8% en DM >10 años evolución
Buena adherencia al tratamiento farmacológico
IMC < 30%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Primera fase: segúnda trimestre 2017)
-Segúnda fase: tercer trimestre de 2017
-Tercera fase: cuarto trimestre del 2017 y primer trimestre de 2018.
-Cuarta Fase: segundo trimestre de 2018

9. OBSERVACIONES.
Los punto más críticos del programa en los que se requiere apoyo externo por partede la DAP son la obtención de datos de OMI-Ap tanto para la evaluación inicial con seguimiento y evaluación final del programa. El diseño e instalación de los protocolos de seguimiento de los planes personales de OMI.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_0024 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE LASARTE VELILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MAINAR AMOR. MATRONA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· JASO MIÑANA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA
· ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA
· JIMENEZ MARIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el agosto de 2014 comenzamos una iniciativa de mejora de la calidad poniendo en marcha una consulta de lactancia para todo el sector II de Zaragoza.
Hemos continuado atendiendo pacientes desde esa fecha obteniendo buenos resultados que se detallan en la Memoria 2014-16 que se ha enviado a calidadensalud@aragon.es
Nuestro deseo es continuar con el trabajo en la consulta y hacerla extensiva a toda la CA de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en toda la CA de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Mejorar el sistema de citación y adecuar el horario de consulta.
- Mejorar el sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.
- Difundir las actividades a toda la CA de Aragón.
- Monitorizar los problemas de lactancia en la CA de Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.
- Protocolos realizados.
- Estudios de investigación realizados o iniciados.
- Registro de incidencias.
- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante la encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se envía por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responde de forma anónima.

Estos indicadores se analizarán en 2017, semestral y anualmente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre de 2016: difusión del proyecto a los centros sanitarios.
Marzo de 2017: evaluación semestral.
Agosto de 2017: evaluación anual.

9. OBSERVACIONES.
Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP.
También sería muy útil para los profesionales que trabajan en pediatría sustituir las actuales gráficas de crecimiento integradas en OMI-AP por las gráficas de OMS elaboradas con bebés amamantados.
El proyecto puede ser de ayuda para aquellos centros sanitarios de Aragón que van a comenzar a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, www.ihan.es) para conseguir la acreditación de calidad IHAN.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0024 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1014 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA FAMILIA Y SU PAPEL EN LA FORMACION DE LOS HABITOS ALIMENTARIOS EN EL NIÑO

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION BALAGUE CLEMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGA LIARTE LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años la obesidad infantil se ha visto aumentada en España, colocando a nuestra nación en uno de los primeros países de Europa en cuanto a la prevalencia del exceso de peso en niños de edad escolar.
En las personas las formas de alimentarse, gustos y rechazos hacia algunos alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas alimentarias de los padres tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Educar a la familia en el cuidado alimenticio de sus hijos.
Involucrar al niño en su propio cuidado alimenticio.
Motivar al personal sanitario en la colaboración de este proyecto y aumentar sus conocimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se impartirá una sesión presentada por las Residentes de Enfermería Pediátrica en varios centros de salud dirigida a familias de niños en edad escolar en las cuales se hablará de las conductas adecuadas acerca de alimentación saludable.
Se entregará un formulario para valorar el nivel de conocimientos de los asistentes antes y después de la sesión.
En cada sesión, se estimulará la participación de los asistentes interactuando de manera práctica consiguiendo una mayor afianza de los conocimientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El principal indicador para valorar el proyecto será el número de asistentes familiares que acudan a dichas sesiones.
Además, se repartirán unos formularios previos a la sesión así como una vez impartida para comprobar los conocimientos adquiridos.
Contaremos con la colaboración de las enfermeras docentes de los distintos centros de salud elegidos para detectar y realizar un seguimiento de los niños con hábitos no saludables.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto se llevará a cabo de noviembre de 2016 a mayo de 2017.
En un primer periodo, en los meses de noviembre y diciembre, se detectarán a los niños con hábitos no saludables de los centros de salud colaboradores.
Posteriormente, una vez analizados los datos, en los meses de enero y febrero se llevarán a la práctica las sesiones planteadas.
Por último, en los meses posteriores, la enfermera de pediatría durante las revisiones siguientes del niño sano, evaluará que se lleven a cabo las actividades propuestas durante la sesión. En caso negativo, la enfermera promoverá las actividades saludables comentadas en la charla. En caso de que el resultado sea favorable, se podrá llevar a cabo en otros centros docentes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO - LA PAZ

2. RESPONSABLE ..... MARTA VALTUEÑA CAMACHO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA JULVEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO MARTIN ALBERTO. MIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARCOS MAYOR LAURA. MIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARIN SUBERO IRENE. MIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Cirugía Menor (CM) en Atención Primaria (AP) ha demostrado mejorar los tiempos de demora en Atención Especializada (AE) siendo además costo-efectiva y satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Esta actividad está incluida en el Real Decreto 63/1995 de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y se encuentra dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.

Se ha planteado por tanto la creación de una consulta de cirugía menor, que al permitir abordar el tratamiento de lesiones por el equipo del centro de salud disminuiría el número de derivaciones al servicio de dermatología y cirugía general.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implantar un protocolo de cirugía menor en el Centro de Salud en el que se desarrolle el circuito de derivación desde la consulta hasta su resolución.
- Disminuir la carga asistencial y la lista de espera que estas patologías general en Atención Especializada.
- Formación del equipo de Atención Primaria en la realización de técnicas de cirugía menor.
- Acercar el servicio al usuario, evitando grandes desplazamientos y tiempos de espera que se darían en un servicio especializado.

Población diana: Pacientes del Centro de Salud Torrero - La Paz mayores de 18 años con lesiones tratables según la cartera de servicios de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Creación del grupo de trabajo.
2.Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.
3.Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.
4.Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.
5.Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.
6.Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.
7.Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.
8.Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos se obtendrán de la base de datos donde se registre la actividad, la historia clínica y las encuestas de satisfacción.

Indicadores de proceso:
- Porcentaje de cumplimentación del consentimiento informado:
(Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / Nº de pacientes intervenidos) x100.

- Porcentaje de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica:
(Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / Nº de pacientes intervenidos) x 100

Indicadores de resultado:
- Porcentaje aparición de complicaciones postquirúrgicas:
Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/Nº total de pacientes intervenidos) x 100.
- Demora desde la derivación del paciente hasta la intervención.
- Grado de satisfacción de los pacientes.

Se realizará encuesta a los pacientes durante la visita para revisión de herida quirúrgica o retirada de puntos en la que se valorará la satisfacción, el dolor y la aparición de complicaciones.

Proyecto: 2016_1583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO - LA PAZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2017: Inicio del proyecto y creación del grupo de trabajo.
Abril, mayo y Junio 2017: Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.
Mayo - Julio 2017: Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.
Junio 2017: Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.
Junio 2017: Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.
Junio 2017: Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.
Junio – Septiembre 2017: Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.
Julio 2017: Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.
Mayo 2018: evaluación del proyecto para detectar oportunidades de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1564 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALBE SANCHEZ-VENTURA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN. PEDIATRA. CS TORRERO LA PAZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· METOLA LOZA JULIA. MATRONA AP. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARCOS MAYOR LAURA. MIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARCO ALMUDENA. MIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ LAURA. EIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA JULVEZ MARIA. EIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· VALTUEÑA CAMACHO MARTA. MIR. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Centro con gran incremento de la población pediátrica. Unos 3500 niños de ellos 900 por debajo de 1 año. Desde 2010 se trabaja con un proyecto de mejora de promoción de la lacatnacia materna (LM). en le momento actual se propone la acreditación del CS con arreglo a la normativa de la IHAN (unicef/OMS)
ver enlace
:http://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/como-ser-centro-de-salud-ihan-fase-1d/

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.-Acreditación IHAN primera fase 2018
.-Lograr acreditación completa 2020
.-Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucedáneos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.- Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucedáneos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad
RECURSOS:
.-Encuestas a realizar por MIR del Propio centro
.-Grupo de lactancia pediatra y matrona
.-Primera visita al RN en la primera semana : Admisión
.-Cumplimiento normativa de publicidad: Pediatría
.-Consulta de LM: pediatría y matrona
.-Formavión: Pediatría Matrona y Dirección de AP para for,ación acrediatada en sector II

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.-Edad primera vista en el CS
.-Num de LM exclusiva en la primera visita/RN atendidos (encuesta)
.-Monitorización de cumplimiento de normativa de publicidad en CS Cada 6 meses. Num de incidencias /6 m
.-Num de consulats de LM/Num de onsultas menores de 2 a
.-Num de seiones de grupo de LM con registro de asistencia
.Prevalencia de LM por encuesta en menores de 2 años (encuesta)
.-Num de profesionales que reciben formación acrediatada sobre LM 207-2018/num profesionales del CS

Proyecto: 2016_1564 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.-Realizar acreditación IHAN primera fase y superar la auditoría IHAN 2018
.-Acreditación completa del CS en 2020

9. OBSERVACIONES.
.-Programa ya comentado con dirección de AP pendiente de firma por parte de la gerencia del sector II ya que las auditorías externas y la propia formación acreditada generan costes.
Sin embargo existe la evidencia internacional de lo rentable de la acrediatción IHAN en términos de salus así como también económicos

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Salud Promoción LM Disminucion de la morbimortalidad maternoinfantil
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JAEN BAYARTE ESTEBAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación y funcionamiento del S. Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente por lo tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación ISO 9001,

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener la certificación ISO-9001.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.
Mejorar el Registro de OMI.
Formación adecuada a nuestras deficiencias en cuanto a los indicadores previstos en el contrato de gestión.
Mejorar la comunicación con especializada del H.Militar.
Responsables:
José Antonio Galve Gorriz
Esteban Jaen Bayarte
Maria Jose Martínez Lavilla

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la Dirección y Auditoria Externa. Prestando especial atenció a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: abril 2017.
Revisión por la Dirección: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en las auditorias interna: abril-diciembre de 2017.
Externa: junio-diciembre de 2017.
Formación de los profesionales y sesiones del servicio en las fechas previstas.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017; Diciembre 2017/enero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA JIMENEZ PEREZ
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNARDOS LAZARO PAULA. MATRONA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· BELTRAN GARCIA SARA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· VIDAL VILLANUEVA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CEMELI CANO MERCEDES. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MORELLA BAILO DIANA. COLABORADORA DE LA COMUNIDAD. CS VALDESPARTERA.
· OÑATE CALVO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MEDRANO HOMBRO EVA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.

2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.
2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:
• Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
• Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño…).
• Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
• Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
• Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
7.- Evaluación de resutados: Diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PARTICIPACION ACTIVA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1299 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GARCIA DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· REMON GARIJO LEON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· RAMIRO MILLAN PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CEMELI CANO MERCEDES. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ PEREZ EVA MARIA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· VIDAL VILLANUEVA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PUEYO ROYO NOELIA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El periodo de maduración visual comienza al nacimiento y finaliza aproximadamente a los 7 años. Cualquier alteración que interfiera en el buen desarrollo de la visión puede dejar como secuela una incapacidad de la misma si no se diagnostica y se trata a tiempo.
Los primeros años de vida son un periodo critico, por ello es importante detectar los defectos de refracción precozmente, ya que pueden conllevar un bajo rendimiento escolar y producir una ambliopía (ojo vago) irreversible, con disfunciones oculares importantes en la edad adulta.
El pronostico visual va a depender del defecto de refracción, del grado de anisometropía, del comienzo del tratamiento y del cumplimiento del paciente. Precozmente los resultados son mucho mejores, por ello en un centro de salud emergente en población pediátrica como es el C.S Valdespartera, actualmente con 7508 niños de 0-14 años, de ellos 4781 niños entre 0-6 años. Consideramos importante una adecuado cribado de la ambliopía, formando para ello al personal sanitario (enfermeras y pediatras) en la adecuada valoración oftalmológica a edades tempranas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la formación de los sanitarios de atención primaria para evaluar la agudeza visual pediátrica en las revisiones del niño sano.
- Detectar los problemas de refracción, y ambliopía lo mas precozmente posible.
- Población diana del proyecto, niños de 0-14 años, fundamentalmente entre los 0 y 6 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizara un programa de formación del personal del CS Valdespartera, durante la jornada laboral, con talleres teórico - prácticos. Los responsables de docencia serán oftalmólogos con formación específica en pediatría.
- Se realizara una hoja de registro de asistencia a las clases de formación.
- Encuesta de opinión para los participantes.
- Se evaluara adecuadamente la agudeza visual a los niños en las revisiones del programa del niño sano del centro de salud Valdespartera.
- Se derivara para ser evaluado por parte del servicio de oftalmología a los niños en los que se detecte un defecto visual, intentando detectar y evitar precozmente la ambliopía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Numero de profesionales de la unidad que han realizado el programa de formación (hoja de asistencia)
- Satisfacción de los distintos profesionales que hayan participado a través de una encuesta
- Evaluación de la agudeza visual en revisión niño sano (programa OMI AP)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Durante 2017 (septiembre- diciembre) se impartirán seminarios teórico prácticos al personal sanitario: un seminario al mes
o 1.- Exploración al paciente pediátrico: oftalmológica adpatada atecion primaria
o 2.- Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. Enfermedades de la retina y nervio óptico.
o 3.- Estrabismos y ambliopía.
o 4.- Urgencias oftalmológicas. Casos y criterios de derivación.
- Evaluación de los indicadores enero- abril 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1299 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE VENECIA 2017

2. RESPONSABLE ..... JORGE ISLA COBETA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURILLO MATEO RAQUEL. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· VERDURAS SANCHEZ ELENA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS GIL EVA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados.
Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Venecia del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2017
Nuestro planteamiento es mantener la certificación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es avanzar en la implicación de todos los miembros del equipo y mantener la certificación ISO 9001 en el próximo año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del sistema de Gestión de la Calidad como son los informes de auditoria, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el análisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilización del protocolo de atención continuada.
Actualización de las normas en utilización de envases multidosis.
Atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacción.
Impulsar sesiones clínicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Revisión por la dirección abril 2017
-Auditoria interna mayo 2017
-Auditoria externa en junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no actuaremos sobre patolgias sino sobre procesos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

2. RESPONSABLE ..... DIANA GRACIA RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NUÑEZ ALONSO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL HERNANDO MATILDE. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO JOSA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALO PEÑA JORGE. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplia otros colegios de la zona como el colegio Rincon de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultado positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
-Refuerzar la afabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
-Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
-Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para “perder el miedo” de ir al Centro de Salud
-Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017). -Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
-Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
-Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017en los colegios (mínimo tres sesiones).Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.
*Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.
* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.
* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecuciónn de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Incio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

Proyecto: 2016_1412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembreo equipo del CS y personal docente de los colegios)
-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y presonal docente de los colegios).Sesiones de una hora de duración
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
-Activades de evaluación (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción de la salud, salud escolar
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

2. RESPONSABLE ..... JORGE GONZALO PEÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN JIMENEZ JULIA P. PEDIATRA. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA. MATRONA. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· DUPLA ARENAZ MARIA. PEDIATRA. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:
El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.
Objetivos específicos:
Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional
Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).
3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Mayo/2017
Fin del proyecto: Mayo/2018
Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.
2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.
Evaluación final en Mayo/18.
Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

9. OBSERVACIONES.
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Madre de niños entre 0-2años
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0220 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS EN EL SECTOR II

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA TOBAJAS SEÑOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERUEL MAICAS ALICIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SUÑER ABADIA SILVIA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· ARRIETA HIGUERAS ELENA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· BRUN SOTERAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· MOZOTA RUBIO PEDRO. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El sector sanitario Zaragoza II atiende a una población de 390.000 habitantes y durante el año 2015 se gastó en apósitos 527.200€.
Se han realizado intervenciones aisladas sobre formación en prevención y tratamiento de UPP pero, en estos momentos, me siento en la "obligación moral" de realizar un abordaje importante desde la base (formación básica).
Es decir, considero necesaria e imprescindible realizar una intervención para mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras, su satisfacción y por consiguiente uso óptimo de los recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar los conocimientos de las enfermeras de 9 EAP del sector II sobre heridas agudas y crónicas (insistiendo en prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)
Mejorar el registro en OMI-AP de las heridas.
Como objetivo secundario, mejorar el uso óptimo de los apósitos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Del total de la población del sector II, seleccionar por conglomerados 9 EAP con el criterio de conveniencia, de forma que un miembro pertenezca al EAP
Estos 9 EAP representan el 36% de la población del sector (aprox. 142.000 pacientes), incluyendo zona rural y urbana.
Los EAP son: Sástago, Belchite, Fernando en Católico, Almozara, S José Sur, Venecia, S José Norte, S José Centro y Rebolería)

En esto 9 EAP se va a realizar varias intervenciones a distintos niveles:
• Gestión del conocimiento: A los profesionales de estos EAP se realizará cuatro sesiones formativas: la 1ª sobre conceptos básicos de heridas; 2ª sobre prevención y tto de upp; la 3ª sobre los errores más frecuentes en el tema y 4ª sobre el material disponible en Aragón. Estas sesiones serán impartidas por la enfermera del grupo de trabajo. En las mismas sesiones se indicará cómo realizar un registro adecuado.
Además se les pasará un test pre y post a la formación y una valoración de la satisfacción.
• Gestión de recursos: En estos EAP, se realizarán actividades encaminadas a mejorar el uso optimo de los apósitos como marcar el precio de los apósitos en las cajas, realizar una valoración de apositos de misma acción y distinto precio, .. y todos aquellos derivados de la formación (periodicidad de las curas,…).

Limitaciones
La cifra de gasto de apósitos de la q disponemos no discrimina, ni puede hacerlo, para poder cuantificar el material dedicado a prevención; a tratamiento de upp; resto de heridas crónicas y agudas.
Por lo tanto, nos vemos obligadas en realizar una intervención para el abordaje de todas las heridas en general.

Por otra parte, para vincular el gasto con actividad, me encuentro con la dificultad del sistema informático OMI-AP.

Desde OMI, podemos saber todos aquellos pacientes q necesitan actividades preventivas y/o precisan de tratamiento de upp (mediante DGP_Norton) pero no es posible disponer del dato del resto de heridas donde se han utilizado este material.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
EVALUACION

1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema (encuesta pre y post) en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (70%)

2. Porcentaje de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (80%)

3. Monitorización del coste de apósitos anual (almacenable) por cada EAP de intervención.
Standard (Belchite:5.768€ ; F Católico: 32.072€ ; Almozara: 15.390 €; Rebolería: 29.972 €; S José Centro: 26.886 €; S José Norte: 20.744 €; S José Sur: 33.960 €; Sástago: 4.966 € y Venecia: 16.768 €)

Proyecto: 2016_0220 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS EN EL SECTOR II

4. Disminución de prescripción de apósitos en EAP de intervención.
Standard (Belchite: 488,16€; F Católico: 115,04€; Almozara: 1.152,2€; Rebolería: 1.327,58€; S José Centro: 7.172,3€; S José Norte: 1.709,48€; S José Sur: 1.761,96€; Sástago: 623,2€ y Venecia: 6.062,07€)
Objetivo (60%)

5. Porcentaje de enfermeras de los EAP de intervención que han registrado la escala PUSH* en OMI, en pacientes con heridas crónicas.
Standard (ND); Objetivo (70%)
*PUSH: escala que valora la evolución de las heridas en función del tamaño, tipo de tejido y si hay infección.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación del grupo de trabajo. Octubre 2016
Elaborar el contenido de la formación (4 sesiones). Octubre-Noviembre 2016
Solicitar la acreditación de la formación. Noviembre
Impartir las 4 sesiones en los EAP. Febrero-Marzo 2017
Realizar cuestionario pre y post. Febrero-Marzo 2017
Realizar nuevas sesiones de recuerdo de la formación y resolver dudas en los 9 EAP. Junio 2017
Evaluar lla intervención (nivel de conocimientos y satisfacción). Abril y Septiembre y Diciembre 2017
Evaluar el % de pacientes donde se ha aplicado la formación. Mayo, Septiembre y Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.
Se realizarán sesiones a aquellas enfermeras de reciente incorporación que lo soliciten, pertenecientes a los 9 EAP seleccionados

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1534 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

2. RESPONSABLE ..... ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Seguimiento activo de los indicadores relacionados con los objetivos estratégicos del acuerdo de gestión 2017 pactados entre Unidades y DAP Sector II, y de esa manera favorecer el registro adecuado en OMI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proyecto dirigido a los profesionales sanitarios de las Unidades del Sector II.
Conocer o recordar la forma adecuada de registro en OMI de los objetivos asistenciales del AG, y así obtener una información más completa y veraz de la actividad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de 2 reuniones presenciales en el transcurso del año en los EAP, entre abril y septiembre/octubre por parte de la Subdirección Médica y Técnico de Salud..
Análisis de los datos de los indicadores asistenciales del AG, recordando sus definiciones y su implementación correspondiente en OMI.
Análisis de evolución.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Aumento del índice de mejora de los indicadores del AG en cada EAP en cortes de seguimiento en junio y noviembre.

- Hojas de control de firmas, con un mínimo de asistencia del 80% de los miembros del equipo de MF, Pediatría y Enfermería con actividad asistencial en el día de la reunión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones con EAP del Sector en abril y mayo/junio de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1538 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINA GADEA MARIA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En estos momentos estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento de la población que en muchas ocasiones va ligado a incremento en el uso de medicamentos cuya prescripción es necesario reevaluar desde un punto de vista integral, considerando muchos aspectos, desde capacidades cognitivas del propio paciente, apoyo de cuidadores, metas terapeúticas y expectativas de vida.
Desde el año 2012 se lleva trabajando en un programa específico dirigido a la mejora en la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años y polimedicado. En este programa están trabajando de forma coordinada médicos de familia, personal de enfermería y farmacéuticos de Atención Primaria, realizando tareas de revisión clínica de la medicación así como revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente (adherencia y coconcordancia) puesto que se consideran como puntos críticos para mejorar al seguridad de los mismos de este subgrupo de población.
Para ayudar en este proceso se han diseñado diferentes herramientas que nos permiten identificar los pacientes que más se pueden beneficiar de una intervención multidisciplinar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la seguridad de la farmacoterapia de los pacientes ancianos >75 años
2. Reducir la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos >75 años
3. Reducir la prescripción de medicamentos asociados a elevado riesgo anticolinérgico en pacientes ancianos >75 años

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones a nivel individual y grupal orientadas a la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el paciente anciano.

Actividades:
-Difusión del proyecto: Presentación de este proyecto a todos los EAP junto con el resto de proyectos en el próximo acuerdo de gestión, remarcando la relevancia clínica de este proyecto
-Revisión y elaboración de recomendaciones de intervención sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida en pacientes ancianos.
-Formación específica de los profesionales sanitarios sobre aspectos claves relacionados con la adecuación de medicación mediante talleres formativos en los centros de salud.
-Revisión y ampliación de la información que se proporciona a los profesionales sanitarios a través de los listados de pacientes ancianos polimedicados que se envían, incorporando información de actividades registradas en OMI_AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación.
-Número de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico.
Los datos se extraerán del DATA de Farmacia y de los datos de e-Receta correspondientes a pacientes > 75 años polimedicados proporcionados desde Servicios centrales del SALUD.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero-Marzo 2017:
-Elaboración de recomendaciones sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida
-Difusión del proyecto a los EAPs
-Diseño de los nuevos formularios que se enviarán a los profesionales sanitarios

Abril-Julio 2017:
-Formación a los profesionales sanitarios de los EAPs

9. OBSERVACIONES.
La consecución de este proyecto está supeditado a que se continúen realizando las extracciones de pacientes ancianos polimedicados desde Servicios Centrales del SALUD.

Proyecto: 2016_1538 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

También se requerirá el apoyo de los Servicios Informáticos para el diseño y ejecución de consultas a OMI de actividad así como para la incorporación de esta información en la base de datos y para su posterior visualización en los formularios que se envían a los profesionales.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES POLIMEDICADOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1552 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN. TCAE. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ORUS SUELVES ANA ISABEL. TCAE. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS FRAILE NURIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La limpieza, desinfección y esterilización de superficies, aparatos e instrumental, son procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones en el entorno de los centros asistenciales, por lo que se incluyen dentro de las Estrategias de Seguridad para la protección, tanto de los usuarios como de los profesionales. La adecuada realización de estos procesos permitirá elevar el nivel de calidad de la asistencia que presta el Servicio de Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo: Puesta en marcha de los procesos de Esterilización y Desinfección de materiales en los EAP del Sector II con criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir los máximos resultados.

Se considera prioritario el abordaje de esta situación para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad clínica y conseguir implementar criterios de mejora continua

POBLACIÓN DIANA
Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo afectadas: Salud Bucodental, fisioterapia, matrona.
OFERTA DE SERVICIOS Esta incluida en la cartera de servicios general como proceso de soporte

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Implementar los procedimientos ya especificados en los procesos operativos nivel II de la Sistemática ISO 9001 del Sector.
-Se realizarán actividades de formación a los responsables de proceso de cada equipo y/o unidad.
-Se proporcionará el procedimiento específico y los documentos de los protocolos e instrucciones de trabajo necesarios.
-Se implementará el uso de los registros a utilizar para gestionar y controlar el proceso.
-Se harán reuniones para monitorizar la implantación y solucionar dudas y problemas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores principales serán:
- Porcentaje de ciclos de esterilización realizados de acuerdo a los procedimientos.
- Nº de incidencias ocurridas.
- Nº de personas formadas
- Porcentaje de centros y unidades cuyos miembros asisten a la formación

Se utilizaran como fuentes de datos los registros específicos de los procedimientos y los registros de asistencia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Implementación del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en los EAP del Sector II: Primer Trimestre de 2017 (Responsable: Flor Pascual)
- Formación del Personal de los EAP y Unidades de Apoyo del Sector: Primer trimestre 2017 (Responsable : Flor Pascual y María Jesús Hernández como docente)
- Difusión del Procedimiento e Instrucciones de trabajo:Primer Trimestre 2017 (Flor Pascual)
-Implementación de los registros: Primer Trimestre de 2017 (Responsable Flor Pascual)
- Reuniones para monitorización de la implementación del Procedimiento de esterilización y desinfección: a lo largo del año.(Responsable: Flor Pascual. Otros participantes:Servicio de Preventiva, Responsable de Calidad, Responsables de Enfermería, Responsable de las Unidades de Apoyo y TCAE).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1552 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1719 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%,, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.
Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.
Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1545 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· MORO LARA JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años se ha producido un aumento en la demanda de los accesos de la documentación clínica de los Centros de Salud. Al ser datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Estos derechos son personalísimos y son ejercidos por el propio afectado para solicitar copia de su historial (para aportar a los seguros médicos ó temas legales), solicitudes de acceso a la historia de menores (en procesos de divorcio) y solicitudes de acceso de pacientes fallecidos (seguros de vida). Cada una de estas tres solicitudes precisa aportar una documentación específica. En la actualidad la información, los trámites y la entrega de la historia clínica se realizan en la Unidad de Clientes de Atención Primaria de Sector II Zaragoza.
Por otro lado, también existen situaciones en las que hay que rectificar un episodio de la historia electrónica por ser erróneo, ó que el interesado pueda ejercer su derecho a la oposición ó cancelación de un dato de su historial.
En definitiva, se trata de hacer efectivo los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) de los usuarios de los Centros de Salud del Sector II de Zaragoza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
El objetivo principal de nuestro proyecto es establecer un procedimiento que sea ágil y operativo para tramitar las solicitudes, tanto para los usuarios como para los profesionales de los Centro de Salud, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos ARCO.

Una manera de facilitar la accesibilidad a los usuarios que deseen ejercitar sus derechos, es entregarles las solicitudes e informar de los documentos que tienen que aportar en los Centros de Salud, evitando desplazamientos del usuario a la Unidad de Clientes simplemente para cumplimentar la solicitud. Posteriormente, la entrega de la documentación sí que se realiza en esta unidad ya que es necesario tener constancia de la misma en el registro (en los Centros de Salud no hay registro)

Objetivos secundarios:
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II un modelo de solicitud normalizado y adaptado a las características de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión inicial explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.
-Difundir a los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica.
-Facilitar de una forma clara y precisa a los profesionales del Servicio de Admisión de los centros de salud los formularios de acceso a la documentación sanitaria a los que acompañará la documentación que tiene que aportar el usuario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador:
1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

$$\frac{\text{Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación}}{\text{Total de centros de salud del sector II de Zaragoza}} \times 100$$

Objetivo 75%

Proyecto: 2016_1545 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario
---
Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado
---
Total de tramitaciones desde los centros de salud
Objetivo: 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año, evaluación semestral y final al año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1598 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORO LARA JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona los accesos a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de los centros de salud y se habilitan roles de trabajo para el personal en función de su categoría profesional y equipo de atención primaria, tanto de nueva incorporación como cuando hay movimientos internos entre el personal del SALUD e incluso de otros Departamentos del Gobierno de Aragón. La comunicación de altas, se produce casi siempre por teléfono, con la consiguiente falta de seguridad, ya que se está habilitando a un usuario el acceso a información sensible, protegida por la Ley Orgánica15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El servicio de clientes es el referente en la gestión de identidades y quien resuelve o gestiona cualquier problema de permisos de acceso a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de atención primaria del sector II
Con este proyecto se pretende habilitar un circuito común para todos los centros de nuestro sector por el que el responsable (coordinador médico, enfermería, admisión) solicite por correo electrónico al servicio de clientes las altas, para evitar deficiencias de seguridad y que los roles estén adjudicados con antelación al inicio de la actividad en cada centro y, de la misma manera, cuando cause baja en el centro de trabajo se le deshabilite al trabajador los roles asignados. Así, tendremos un buen control sobre los accesos a la información para aquellas personas que no se encuentren en activo.
Que los trabajadores tengan los accesos pertinentes a las aplicaciones informáticas en su centro de salud desde el primer día de trabajo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un flujograma del circuito de solicitudes de acceso y un registro de solicitudes interno del servicio.
Se enviará a cada uno de los responsables de los centros un correo electrónico recordándoles la necesidad de información sobre incorporaciones, sobre todo en época de mayor afluencia de sustitutos, información que debe contener identificación, DNI, categoría profesional y un teléfono de contacto del usuario a incorporar por correo electrónico. En casos urgentes la comunicación se hará por parte del responsable por vía telefónica.
Desde el servicio se accede como administrador al Directorio Electrónico Único (DEU) del Servicio Aragonés de Salud, se da el alta o se modifica la situación del usuario y desde el aplicativo “Identity Manager” (IDM) se habilitan los roles de trabajo y se restringen los de otros sectores sanitarios si procede, además de poder modificar y resetear la contraseña de acceso que será la misma para todas las aplicaciones que se le asignen según la categoría profesional.
Seguidamente y sólo para todo el personal sanitario, a través la INTRANET del Sector, habilitaremos el acceso a las historias clínicas de los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración del flujograma del circuito de gestión de identidades. SI/NO
Elaboración del registro de solicitudes del Servicio de Clientes. SI/NO
Nº de solicitudes correctamente informadas a través del correo electrónico/Nº total de altas >60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año, revisión semestral

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1598 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0308 ()

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN PINA GADEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· PALACIN ARBUES JUAN CARLOS. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR CARBONELL ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los servicios farmacéuticos de las estructuras sanitarias de Atención Primaria son los encargados de prestar atención farmacéutica a la población y de desarrollar las funciones y actividades relacionadas con la utilización de los medicamentos, orientadas al uso racional de éstos, reconociéndose como una de sus funciones, la adquisición, almacenamiento, custodia, conservación y dispensación de aquellos medicamentos y productos sanitarios que deban ser aplicados dentro de los centros de Atención Primaria y de aquéllos para los que se exija una particular vigilancia, supervisión y control, según se establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
En todos los centros de Atención Primaria del Sector II se dispone de botiquines de medicamentos cuya dotación permite cubrir las emergencias vitales, tratar problemas de salud que requieran atención inmediata y disponer de medicamentos y productos sanitarios en los que la asistencia sanitaria requiera su dispensación en el centro.
En algunos centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II se ha implantado un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, adaptándose a los requisitos establecidos en dicha norma la gestión de los botiquines, que han implantado el Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo.
En aquellos equipos de atención primaria en los que no se ha implantado un sistema de gestión de la calidad existe mayor variabilidad en cuanto al grado de adherencia al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II se pretende:

• Mejorar la adhesión de todos los equipos de atención primaria del sector al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo
• Garantizar la disponibilidad y el correcto almacenamiento de los medicamentos del botiquín.
• Sistematizar la revisión y el control de puntos críticos de la asistencia sanitaria de urgencia, tales como el carro de paradas y el maletín de urgencias.
• Garantizar la adecuada accesibilidad de los pacientes a los medicamentos cuya dispensación corresponda a los centros de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Revisión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo.
• Revisión de la adecuación de los botiquines al procedimiento operativo.
• Detectar posibles puntos débiles o problemas en su cumplimiento.
• Proporcionar información y formación específica a los profesionales de los equipos implicados en la gestión de los botiquines.
• Seguimiento y evaluación de la estrategia implantada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Valorar la adecuación de los botiquines al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo inicialmente y tras un año después de su implantación:
% de equipos en los que se detecta problemas en la adherencia a las recomendaciones del procedimiento.
- Valorar la adecuada dotación en cuanto a medicamentos tanto del botiquín, del carro de paradas como del maletín de urgencias así como su correcta revisión.
% de equipos en los que se detecta problemas en la dotación de medicamentos respecto a las recomendaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016
Revisión de los botiquines:
Revisión inicial de los botiquines de los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.
Revisión de seguimiento del funcionamiento de los botiquines: Junio-Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.
Los resultados de este proyecto están supeditados a la colaboración de los equipos de atención primaria en

Proyecto: 2016_0308 ()

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

tanto en cuanto acepten las recomendaciones para su cumplimiento.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Afecta a todas las patologías, en cuanto trata de garantizar la disponibilidad de los fármacos necesarios para atender las urgencias sanitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1539 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GOMEZ BARAZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZNAR CARBONELL ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La infección por HP en España tiene una prevalencia en torno al 55%, y juega papel básico en la génesis de patologías tan frecuentes como la gastritis crónica o la úlcera péptica. Hay múltiples fármacos para su erradicación, por ello la determinación de pautas de erradicación efectivas y eficientes, adquiere gran relevancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general
Mejorar la seguridad del paciente

Objetivos secundarios:
1. Proporcionar recomendaciones para el uso correcto de las pruebas diagnósticas, en el ámbito de la atención primaria y también en el de atención hospitalaria
2. Proporcionar recomendaciones de las pautas farmacológicas de primera elección teniendo en cuenta para ello las resistencias a los antibióticos encontradas en nuestro ámbito, así como aquellas pautas recomendadas en caso de pacientes en los que ha fallado el tratamiento de elección.
3. Evitar derivaciones al servicio de digestivo para la realización de pruebas invasivas que pueden comprometer la seguridad del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión del protocolo actual para su actualización, e incorporar las últimas evidencias sobre recomendaciones de tratamiento.

Difusión activa de las recomendaciones de indicación de la prueba diagnóstica, así como de las pautas de tratamiento, a todos los equipos de AP, a través de SESIONES FORMATIVAS, integradas en el plan de formación de los equipos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Actualización de un protocolo consensuado entre antención primaria y atención especializada. SI/NO
-Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de curso formativo dirigido a los responsables del Uso Racional del Medicamento (URM) de los EAPs. SI/NO
-Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero-Marzo 2017: Actualización del protocolo
- Abril-Mayo 2017: Preparación del material para la realización del curso y sesiones formativas.
- Junio- Septiembre 2017: Difusión y formación en todos los EAP Sector II Zaragoza

9. OBSERVACIONES.
La consecución de este proyecto está supeditado a que desde los EAPs se nos faciliten las fechas de realización de las sesiones formativas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1591 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE MARTINEZ DEL AMO
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ SORIA OSCAR. INFORMATICO/A. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA
· MONCADA PEREZ ANA PILAR. INFORMATICO/A. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA
· NOSTI ESCANILLA JESUS. INFORMATICO/A. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Continuación del área de mejora del acuerdo de gestión del servicio, en la que se parametriza y configuran los equipos multifunción de los centros para el envío de los partes de variación y otras documentaciones. Para realizar el tratamiento automatizado y por lotes del proceso posterior a la recepción, disminuyendo el tiempo empleado en la gestión individualizada de cada uno, y generando un registro informático con los datos de su tratamiento que evite perdidas de documentación y permita seguir la trazabilidad de cada parte de variación.
Actualmente, tras recibir por correo electrónico los partes de variación, se descargan e imprimen uno a uno, para su posterior introducción en el sistema informático correspondiente. En periodos de tiempo concretos, el volumen de documentación recibida es muy elevado y su realización manual es lenta y dificultosa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la recepción, impresión y archivo de los partes de variación de forma que sea automatizado y por lotes, que se pueda realizar por más de un documento cada vez y evitando la pérdida de documentación.
Generación de registros o huellas de cada operación realizada, asegurando la fecha y hora del tratamiento, así como una copia de los documentos.
Facilitar el trabajo administrativo realizado en otros servicios de la dirección de atención primaria del sector II.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Instalación y configuración de un software que permita la impresión de documentos PDF, en la impresora a elegir, desde línea de comandos y por lotes.
Creación de un Script para Windows que gestione por el usuario la impresión de los documentos, su archivo por fechas y la realización de un registro de los documentos, que incluya nombre fecha y hora de cada intervención.
Fase de implantación en el servicio.
Análisis de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Script elaborado, SI/NO
Número de documentos tratados por el nuevo sistema respecto del total, siendo un mínimo del 60% a partir de la fase de implantación.
Número total de usos de la aplicación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación del Script, Junio-Julio 2017
Instalación y fase de implantación, Agosto 2017.
Seguimiento Septiembre –Diciembre 2017.
Evaluación, enero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0141 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... LAURA ANORO ABENOZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
· CORTES SANTIDRIAN ANA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se calcula que entre el 50 y el 70% de los pacientes asmáticos en nuestro medio no tienen bien controlada su enfermedad, lo que incide de forma notable en su calidad de vida. El objetivo actual del tratamiento es alcanzar y mantener el control.
El test de control del asma (ACT) es la herramienta que recomienda la Guía Española para el Manejo del Asma, ya que permite de forma objetiva determinar el grado de control de la enfermedad, siendo de gran ayuda para ajustar el tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Administrar a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión en consulta general de Neumología el cuestionario de control del asma (ACT).
2.-Identificar a los pacientes no controlados (ACT = 20 puntos) para ajustar su tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se administrará el cuestionario ACT a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión (tanto si llevan tratamiento previo para el asma bronquial como si no se estableció tratamiento en la primera visita).

En función de la puntuación obtenida, se procederá a inclementar/desescalar el tratamiento médico con la ayuda de esta herramienta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Número de pacientes asmáticos a los que se realiza Test de Control del asma.
2.-Número de pacientes con control deficitario de la enfermedad (puntuación inferior a 20 puntos).
3.-Número de pacientes en los que es preciso modificar el tratamiento crónico con la ayuda de esta herramienta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Periodo de inclusión de pacientes de un año (desde Octubre 2016 a Octubre 2017).
Seguimiento periódico posterior (cada tres, seis o 12 meses en función del grado de control y de la severidad de la enfermedad).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0440 ()

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI)

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GOMEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANORO ABENOZA LAURA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA
· CORTES SANTIDRIAN ANA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- En pacientes con EPOC la adhesión a su tratamiento es imprescindible para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. Una baja adhesión a los inhaladores se asocia consistentemente a un aumento de la morbimortalidad, por lo que resulta imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente.

- La principal causa de esta baja adherencia es que el paciente sobreestima el uso del inhalador por lo que en nuestro proyecto vamos a utilizar cuestionarios validados en la práctica clínica diaria para identificar la adhesión al tratamiento.

- El proyecto es útil porque valorando la adhesión al tratamiento e identificando cuáles son las barreras para que ésta se produzca podremos generar una estrategia asistencial individualizada a cada paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Identificar pacientes con baja adhesión al tratamiento. - Identificar las barreras que les impiden el cumplimiento del tratamiento.
- Elaborar una estrategia asistencial individualizada.
- Disminuir el número de agudizaciones (visitas a Urgencias, Ingresos hospitalarios)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Identificar en la visita médica pacientes con EPOC y tratamiento con inhaladores. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)
- Cumplimentar el Test de Adherencia a los Inhaladores (TAI) validado por la Sociedad Española de Neumología (SEPAR). El paciente debe cumplimentar 10 preguntas y el profesional sanitario 2. (Responsable enfermera Ana Cortés)

- Establecer las medidas correctoras pertinentes en la visita médica. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)

- Comprobar la efectividad de las medidas correctoras. Valorar el control de la enfermedad(Responsable: Dra Gómez/Anoro)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Grado de adherencia a la terapia inhalada a través del cuestionario TAI en cada visita médica.

- Estabilidad de la enfermedad. Número de agudizaciones toma de corticoides sistémicos, antibióticos, visitas a Urgencias, ingresos hospitalarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio: Septiembre 2016
- Finalización: Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0378 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS ABAD CEBOLLA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIENES RIBES OSCAR RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BONED GALAN ANGEL CUSTODIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAPEÑA LAPEÑA MARGARITA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GALLEGO BENEDICTO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MARTINEZ LOPEZ LAURA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANZ BASELGA ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASIN LASIERRA MARIA ASCENSION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Admisión del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Admisión para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: mantener dicha certificación ISO 9001

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener certificación ISO 9001

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Porcentaje de pacientes trasladados al HUMS en menos de 97 horas.
fórmula=(Nº pacientes trasladados en < de 96 h al HUMS/Total traslados realizados al HUM) X 100.
estandar=50 > %
fuente de información=HP-HISS .Registro EXCEL

2. Porcentaje de pacientes con orden de ingreso pendientes de cama > de 3 días.
fórmula= (Nº pacientes con orden de ingreso pendientes de cama > 3 días/Total de pacientes pendientes de cama) x 100
estandar= <5 %
fuente de información=HP-HISS
PCH
3.Porcentaje de pacientes derivados a concierto quirúrgico que son devueltos por centros concertados.
fórmula= (Nº pacientes derivados y devueltos /Total pacientes derivados) X 100.
estandar== 10%
fuente de información=HP-HISS
Registro EXCEL
4.Porcentaje de pacientes en LEQ estructural catalogados como derivables con > 6 meses de espera.
fórmula=(Nº Pacientes derivables en LEQ estructural > 6 meses/Total pacientes LEQ estructural > 6 meses) X 100.
estandar=<5 %
fuente de informacion=HP-HISS

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Todo el año.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Trimestral y cuatrimestralmente.
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 201

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0378 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0515 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EXTENDER DICHA CERTIFICACION A NUEVOS PROCESOS

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEÑA OLLE
· Profesión ..... TECNICO/A DOCUMENTALISTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO VERNIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GIMENEZ LAMBAN PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· AZNAR ASPAS CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SORO DOMINGO MARIFE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BERNAL MARIN YOLANDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MARTIN LORENZO JOSE RAMON. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Documentación Clínica y Archivo (SDCA) del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015

Mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado y avanzar en la informatización del conjunto de la documentación clínica que se genera en el Hospital Universitario Miguel Servet a lo largo del proceso asistencial.

Para ello nos proponemos establecer las bases y monitorizar un proceso de digitalización de los documentos en papel y poderlas recuperar con facilidad.

En el primero de los casos nos encontramos con que la Institución en su proceso de informatización de la actividad asistencial compró una aplicación para la prescripción electrónica de tratamientos farmacológicos pero no adquirió el proceso de administración y constancia de la misma por parte del personal de enfermería.

Para una primera fase a desarrollar en 2016 hemos seleccionado los Servicios de Medicina Interna y Neurología
Servicio de Medicina Interna durante 2015:
Nº de Altas: 4894 pacientes
Edad media: 77.19 años
Estancia Media: 9.64
Media de prescripción farmacéutica: 15 a 16 fármacos/día
Hojas generadas para recoger la administración de dichos medicamentos: 4-5/día
Final del episodio: 40 hojas de media de administración de fármacos.
Volumen estimado por año: 195760 documentos

Servicio de Neurología durante 2015:
Nº de Altas: 1743 pacientes
Edad media: 60.84 años
Estancia Media: 7.39
Media de prescripción farmacéutica: 7 a 10 fármacos/día
Hojas generadas para recoger la administración de dichos medicamentos: 2-3/día
Final del episodio: 20 hojas de media de administración de fármacos.
Volumen estimado por año: 34860 documentos

El segundo de los objetivos propuestos responde al interés por custodiar adecuadamente la documentación generada en etapas anteriores del hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducción del volumen de documentos a custodiar en la historia clínica soporte papel.

- Disponibilidad inmediata y completa de las historias clínicas pasivizadas susceptibles de revisión o reactivado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Proceso I: Digitalización de documentos de historia clínica de enfermería de administración de medicamentos.
? Selección y tratamiento de la documentación a digitalizar
? Digitalización de los documentos.
? Control de calidad de los resultados.
? Destrucción de los originales.
? Cuantificación del espacio generado.

? Proceso II: Digitalización y posterior inclusión en Historia Clínica Electrónica de una muestra de historias clínicas en situación de pasivo (sin movimiento con anterioridad a 4 años)

Para este proceso contamos con la colaboración de una empresa de servicios externa contratada por el HUMS

Proyecto: 2016_0515 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EXTENDER DICHA CERTIFICACION A NUEVOS PROCESOS

mediante concurso público.

? Criterios para la selección de las historias clínicas a digitalizar.
? Control de calidad de dicha selección.
? Digitalización e incorporación de dicha documentación a la HCE.
? Validación del circuito y posterior destrucción de la documentación original.
? Repercusión económica de la disminución de documentos a custodiar.

Responsables de ambos procesos:
Miembros del Grupo de Calidad del SDCA reseñados al principio

Para el Proceso II incluimos los miembros de la Empresa adjudicataria de la custodia y digitalización de las historias clínicas pasivizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores cuantificables

Proceso I:

Número de documentos destruidos estándar: 100% de los documentos generados

Espacio físico lineal recuperado para archivo. Estándar= 2500 cm.

Proceso II:

Número de documentos digitalizados de historia clínica pasiva estándar 60000

Número de historias pasivas que podemos destruir

Indicadores cualitativos

Proceso I y II:
% de documentos visualizados correctamente sobre el total de digitalizados. Estándar: 100%

La evaluación se llevará a efecto por parte de los miembros del grupo de calidad del SDCA y mediante agentes externos por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma ISO9001: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Proceso I: 01/07/2016; Proceso II: 20/10/2016
Auditoría interna: Febrero/abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril 2017
Auditoría Externa: mayo/junio 2017
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías interna: Abril-Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías externa: Junio-Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Semestral
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Las tratadas por los Servicios de Medicina Interna y Neurología durante 2016. Y todas las incluidas en las historias de pasivo seleccionadas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0605 ()

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

2. RESPONSABLE ..... JUANA MARIA MORELLI BENITEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASIN LASIERRA MARIA ASCENSION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BIELSA VALDOVINOS CARMELO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CORTES GOMEZ MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GRACIA REMACHA MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHEZ VILLAVERDE GREGORIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAZARO FIERRO MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ATENCION AL USUARIO
ACOGIDA NUEVOS TRABAJADORES
RELACIONES INTERNAS CON RESTO PERSONAL

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
APRENDER A GESTIONAR EL ESTRES
APRENDER HABILIDADES SOCIALES QUE MEJOREN EL TRATO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º CREACION DEL GRUPO (3 MANDOS INTERMEDIOS Y 5 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)
2º ESTUDIO DE LAS AREAS DE MEJORA ENTRE TODOS LOS COMPONENTES.
3º FORMACIÓN

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
UTILIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN YA EXISTENTES Y COMPARARLAS CON OTRAS SEMEJANTES AL FINALIZAR EL PROYECTO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
NOVIEMBRE 2016 - MAYO 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1059 ()

1. TÍTULO

EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA TRAS LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016 EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACION BIOMEDICA Y BIBLIOTECA DELHOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MAR GONZALEZ CANTALEJO
· Profesión ..... TECNICO/A DOCUMENTALISTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOPEÑA BIARGE TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Documentación Biomédica y Biblioteca del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011.
Tras la última auditoria interna y revisión por la Dirección del Hospital realizada a nuestro Servicio en 2016, y seguimiento de alguno de los objetivos establecidos en 2015, se nos realizaron algunas sugerencias que consideramos de gran interés. Concretamente, continuar realizando un seguimiento y mejora del núcleo básico de revistas científicas necesarias en el Sector Zaragoza II, información esencial para contribuir en el plan cooperativo de adquisición de revistas que realizamos en colaboración con el IACS, dentro del marco de la Biblioteca Virtual de Aragón en Ciencias de la Salud (BiblioSalud).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aumentar el tanto por ciento de suscripción de revistas establecidas en el núcleo básico con la finalidad de dar soporte a las necesidades bibliográficas de nuestros usuarios, esto es, el personal sanitario del Sector II.
2. Los presupuestos para la compra de revistas se redujeron drásticamente en los últimos años. Reivindicar la recuperar y ajuste de los presupuestos a las necesidades especificadas por nuestros usuarios es uno de nuestros objetivos.
3. Mantener (y/o) mejorar la satisfacción de los usuarios de la Biblioteca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Envío de recordatorio a los usuarios del Sector II sobre la posibilidad de modificar las revistas de cada especialidad. Se realiza a través de mailing, Boletín de la Biblioteca y Blog BiblioServet./ R Calidad / Septiembre 2016
2. Recogida de sugerencias de revistas de los distintos Servicios del Sector II/ R Calidad y Jefe de grupo/Noviembre 2016
3. Valoración y análisis del estudio cooperativo de las revistas realizado. Toma de decisiones basado en este estudio./R Calidad/Diciembre 2016.
4. Reuniones de los responsables de las bibliotecas de los principales hospitales de Aragón con el IACS sobre las revistas a suscribir para el SALUD/R Calidad y Jefe de grupo/ Diciembre 2016
5. Establecer qué tanto por ciento de revistas del núcleo básico se suscribieron en 2016/ R Calidad/ Septiembre de 2017
Acciones para Mantener la satisfacción de los usuarios de la Biblioteca.

1.Elaboración de la encuesta/R Calidad /2º semestre 2016
2. Recogida de datos/ R Calidad /2º semestre 2016
3. Análisis de la encuesta/R Calidad/ 2º semestre 2016

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tanto por ciento de suscripción de revistas que establecidas en el núcleo básico de revistas en 2016 > 2015

Porcentaje de usuarios satisfechos >=70 de usuarios satisfechos

El nucleo básico de revistas se estableció en años anteriores a través de una encuesta general realizadas a cada uno de los Servicios, en donde los responsables de los mismos nos transmitieron la elección de las 5 revistas indispensables en su especialidad, ordenadas por orden de preferencia. Esta información se actualiza anualmente a través de sus sugerencias.

En función del presupuesto se compran una, dos ó más revistas por especialidad, teniendo en cuenta el orden de preferencia marcado por los interesados.

Nuestro cometido es mostrar qué tanto por ciento de las necesidades de información científica, concretamente revistas, del personal sanitario es posible comprar con los presupuestos con los que contamos, así como poner los medios necesarios para que aumenten, y por tanto lo haga el tanto por ciento del núcleo básico de revistas.

La medición de la satisfacción de usuarios se realizará mediante encuesta, vía mailing.

Se elabora la encuesta electrónica con la herramienta "Google Drive". Consta de 6 preguntas (3 en relación a los servicios prestados, 2 sobre instalaciones y 1 sobre satisfacción general de la Biblioteca. Además consta de un

Proyecto: 2016_1059 ()

1. TÍTULO

EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA TRAS LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016 EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACION BIOMEDICA Y BIBLIOTECA DELHOSPITAL MIGUEL SERVET

apartado de sugerencias).

Se realizará una búsqueda en la plataforma C17 (gestión bibliotecaria) de todos los usuarios que nos hayan realizado peticiones en 2016 hasta finales de septiembre. Se ordena alfabéticamente. De ellos, se seleccionarán aleatoriamente 50. Se les envía la encuesta electrónica.

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: Mayo/Junio 2017
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio-Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Enero/Diciembre 2017
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Septiembre 2017/Enero 2018
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1293 ()

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUS GOTOR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARCIA GARCIA MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· BLASCO ADIEGO ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· LOPEZ PRIETO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTIN LARDIES SOFIA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· COY ALDANA DAMARIS. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· FONTANA JUSTE ANA CRISTINA. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de la muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:
Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación el personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción prenalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,….
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,…
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de Nº de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del Sº de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.
Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.
Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.
Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

Proyecto: 2016_1293 ()

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:
La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.
Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.
Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.
Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:
Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1588 ()

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF), EN EL Sº DE ANAT. PATOLOGICA, POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN ROCHE LATASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORRECILLA IDOIPE NEREA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· VICENTE ARREGUI SANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· MALO NIEVEDES VERONICA. TECNICO. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· CARRASCO MARTINEZ MERCEDES. TECNICO. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· ECHEVARRIA NAVARRO PATRICIA. TECNICO. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado en las consultas PAAF, un desconocimiento por parte de numerosos pacientes del procedimiento a realizar y de los objetivos y posibles decisiones terapéuticas que dicho procedimiento genera. Esto conlleva gran inquietud y numerosas dudas a nuestros pacientes, así mismo se añade el desconocimiento de los contenidos de nuestra especialidad por parte de la población, este hecho aumenta la incertidumbre en los pacientes a los que hay que debemos realizar esta prueba.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo primordial es que todos los pacientes tengan previa a la realización de la punción, la información necesaria sobre la prueba a realizar, el conocimiento de nuestra labor como patólogos y los pasos posteriores que pueden derivarse de este acto; así como implementar un plan de mejora de estas consultas con las sugerencias y la información que se obtengan de los pacientes a través de la encuesta de satisfacción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una encuesta anónima poblacional para conocer la satisfacción de la población atendida, las opiniones y dudas generadas, y las posibilidades de mejora en nuestras consultas, con toda la información obtenida. Dicha encuesta constara de 4 preguntas cerradas y una abierta, se le entregara al paciente antes de la realización de la PAAF y se le recogerá después. Con esta información se realizara un estudio para plantear las mejoras a realizar con los datos obtenidos.
Preparación de un folleto informativo sobre la labor del patólogo, con una explicación asequible del procedimiento a realizar y toda la información necesaria posterior a la realización de la prueba (como y donde recoger el resultado de dicha prueba, tiempo de espera, etc……)
Estas actividades se llevaran a cabo por parte de un equipo multidisciplinar, que forma parte y participa de manera activa en las consultas PAAF, se incluyen facultativos, residentes y técnicos de laboratorio.
El material necesario sería acceso a un PC para la realización de la encuesta y el folleto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La fuente de datos serían todos los pacientes que acuden a nuestras consultas PAAF, como indicadores para monitorizar el proyecto y de calidad en nuestros resultados se valorara, que al menos uno de cada cuatro pacientes, responda a nuestra encuesta y poder obtener un mínimo de 50 encuestas completadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tres años, con inicio en septiembre de 2017 y fin septiembre del 2020.Las actividades se llevarían a cabo por el equipo de la consulta PAAF, con una evaluación periódica mensual, por parte del coordinador del proyecto y el resto de personal medico adscrito al proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_0058 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRACA CARDIEL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· POLO PELLICENA MARCOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIDEN GUTIERREZ LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RODRIGUEZ CALVO CORAL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.
Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posiblidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.
Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestrucutura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados asi como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden
8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador Nºpac informados/ pac optimizados x 100
2.Pacientes que cumplen el protocolo
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17
1. Sesión informativa Noviembre 16
2. Tríptico paciente Octubre 16
3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
4. Hematología Diciembre 16
5. Formación enfermería: Noviembre 16
6. Revisión lista de espera: mensulamente durante todo el año
7. Hospital de día: diciembre 16
8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente

Proyecto: 2016_0058 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0097 ()

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

2. RESPONSABLE ..... JORGE VALLES TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROYO CRESPO IÑIGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· EMBUN FLOR RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· PUERTA DILOY MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLINOS ARRUEBO IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COTERA USUA IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Cirugía Torácica y la Unidad de Anestesia Cardiotorácica del Hospital Universitario Miguel Servet prestan atención a pacientes procedentes de todos los sectores sanitarios de Aragón. Debido a que la mayoría de los pacientes atendidos acuden por patología oncológica subsidiaria de tratamiento quirúrgico (cirugía de resección pulmonar) o procedimientos quirúrgicos diagnósticos (mediastinoscopia, biopsia pulmonar,…), es primordial acelerar el circuito asistencial para poder aplicar el tratamiento lo antes posible. Es por eso por lo que, para evitar retrasos y desplazamientos, los pacientes son citados en la consulta de cirugía y de anestesia el mismo día.
Para poder realizar la valoración preanestésica de forma adecuada es imprescindible que los pacientes acudan a la consulta con los resultados de todas las pruebas preoperatorias realizadas, sobre todo aquellos pacientes pertenecientes a otros sectores sanitarios en los que es más difícil recabar resultados de pruebas realizadas en otros hospitales.
Actualmente, una proporción importante de los pacientes acuden a la consulta sin todas las pruebas preoperatorias realizadas. En estos casos las pruebas que faltan se solicitan desde la consulta de anestesia y son valoradas, o bien en una posterior consulta anestésica (lo que implica desplazamientos adicionales a pacientes de todos los sectores sanitarios), o cuando el paciente ingresa para ser intervenido (lo que puede conllevar una inadecuada evaluación preoperatoria).
Tras recoger datos durante un periodo de dos meses, se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas:

Nº pacientes con todas las pruebas / Total pacientes candidatos a cirugía x 100 = 80

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Determinar las pruebas preoperatorias necesarias para la evaluación preanestésica.
Informar a los servicios implicados sobre las pruebas preoperatorias necesarias para que sean realizadas antes de que el paciente acuda a la consulta.
Para llevar a cabo el proyecto se analizarán las características de los servicios hospitalarios implicados, los recursos técnicos y humanos, y las posibles limitaciones que puedan dificultar su implantación. Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Torácica, los Servicios de Neumología y Oncología de todo Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Proporción de pacientes intervenidos de cirugía torácica que acuden a la consulta de anestesia con todas las pruebas preoperatorias realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración completa del proyecto se estima que tenga una duración aproximada de entre 6 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0097 ()

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0267 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENTREGA AL PACIENTE DE UNA FICHA PARA LA RETIRADA/MODIFICACION DE SUS FARMACOS ANTIAGREGANTES/ANTICOAGULANTES ORALES EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ANA COLAS RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ NUEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LUCAS HERNANDEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEÑA CALVO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROMERO IÑIGUEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La consulta preanestésica es una consulta cuyo objetivo fundamental es optimizar la situación del paciente de cara a la cirugía.
Cada vez con más frecuencia, nos encontramos con pacientes en tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes orales.
En los últimos años, han aparecido nuevos medicamentos, con manejo farmacológico muy específico y que deben ser retirados y/o sustituidos unos días antes de la intervención.
En nuestra consulta se explica al paciente la conducta a seguir con este tipo de tratamientos atendiendo al riesgo hemorrágico quirúrgico y al riesgo trombótico de su enfermedad. Esta información es en muchos casos compleja, el paciente la entiende mal o incluso se producen errores en el cumplimiento de las instrucciones, por lo que en muchas ocasiones se ha detectado un mal manejo perioperatorio de estos fármacos el día previo o el mismo día de la cirugía, obligando a la suspensión de la intervención
Por tanto, el proyecto consistiría en protocolizar el manejo perioperatorio de los antiagregantes/anticoagulantes entregando al paciente una ficha de instrucciones para su retirada y/o modificación y/o sustitución

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el correcto manejo de los antiagregantes/anticoagulantes por parte del paciente, con el fin de evitar suspensiones quirúrgicas o aumento del riesgo intraoperatorio por un inadecuado manejo de los mismos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesiones informativas a la totalidad de anestesistas del servicio: protocolo de retirada y sustitución de los fármacos; uso de la ficha en la consulta
- Revision de la bibliografia sobre los tiempos de retirada/suspension de los farmacos y de la ficha tecnica de cada uno de ellos
- Elaboración de una Ficha de modificación/retirada: instrucciones claras y precisas del comportamiento del paciente con respecto al antiagregante/anticoagulante en el periodo perioperatorio.

Participaran los 8 miembros del proyecto, coordinados por el resposable del mismo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Tasa de Cumplimiento: si ha seguido las instrucciones de forma correcta.
-Morbilidad asociada: eventos consecuencia de la modificación del fármaco.
- Numero de intervenciones quirúrgicas suspendidas por error en el manejo de los fármacos
-Grado de dificultad durante el proceso.
-Grado de satisfacción del paciente. Se obtendrán a través de una breve entrevista que se le realizará al paciente el mismo día de la intervención quirúrgica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fechas inicio y finalización: 1 enero 2017 - 31 octubre 2017
Formación: enero y febrero 2017
Desarrollo: marzo a septiembre 2017
Evaluacion final: octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

Proyecto: 2016_0267 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENTREGA AL PACIENTE DE UNA FICHA PARA LA RETIRADA/MODIFICACION DE SUS FARMACOS ANTIAGREGANTES/ANTICOAGULANTES ORALES EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0268 ()

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... SILVIA MARTINEZ NUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLAS RODRIGUEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROMERO IÑIGUEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GRACIA CORTES LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La necesidad de ofrecer al paciente un adecuado confort post-operatorio nos obliga a establecer pautas de analgesia que deben comenzar en el periodo postoperatorio inmediato.
La REA dispone de pautas para el tratamiento del dolor adecuadas según la intensidad del dolor previsible (leve, moderado, intenso), tipo de cirugía y características del paciente.
Queremos evaluar la eficacia analgésica, los efectos secundarios y los efectos adversos relacionados con el tratamiento.
Igualmente, queremos que todos los pacientes tengan una pauta analgésica al alta de la Unidad
Actualmente no existe un seguimiento del paciente en la planta de hospitalización.
Este seguimiento se realizará según lo dispuesto en el protocolo para la revisión de la analgesia post-operatoria que se creará en este proyecto de mejora

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-El objetivo es comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en cada paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de efectos secundarios

-Toda esta información quedará recogida en un protocolo adecuado de recogida de datos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión y actualización de los protocolos analgésicos existentes

-Creación de la hoja y sistema de recogida de datos

-Monográficos informativos con los Servicios Quirúrgicos implicados

-Participarán todos los miembros del proyecto de mejora coordinados por el responsable del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Tasa de Cumplimiento: si se han seguido las instrucciones de forma correcta.
-Morbilidad asociada: eventos consecuencia de los efectos secundarios del fármaco.
-Grado de dificultad durante el proceso.
-Grado de satisfacción del paciente. Se obtendrán a través de un cuestionario que se le pasará al paciente durante su estancia y al alta de la REA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio y finalización: 1 enero 2017 – 31 octubre 2017
Formacion: enero y febrero 2017
Desarrollo: marzo a septiembre 2017
Evaluacion final: octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0280 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARLUCCIO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASTELLS MURILLO INMACULADA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FRACA CARDIEL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ MUÑOZ CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALO PELLICER INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PASCUAL LOPEZ MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas.
Siendo un objetivo fundamental de los anestesistas proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la cálidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora.
La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional,válida,fiable,consistente y sencilla de realizar.
El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2.Distribución de esta lista a150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3 Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4.Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5Distribución de este cuestionario a 300 pacientes . Inma Castells,Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de realización:número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados:Documento que analize las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización:Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados:Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización:elaboración de la Encuesta de Satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB,MAR,ABRI y MAYO17
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP,OCT 17

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Proyecto: 2016_0280 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0307 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL Sº DE ANESTESIA, REANIMACION Y T. DEL DOLOR EN EL H MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMSZ). CONTINUACION (III)

2. RESPONSABLE ..... GONZALO RAMOS MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO MARTINEZ ARACELI. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVAN LAFUENTE BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TARANCON ROMERO MARIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLEDA LUZURIAGA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ LOPEZ ROSABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PUERTA DILOY MARIA LOURDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el H.U.M.S. se atienden un elevado número de pacientes en el quirófano, todos ellos deben pasar previamente por la consulta de preanestesia. Como requisito imprescindible está la recogida del consentimiento informado (CI) debiendo figurar en dicho documento la identificación del centro, del procedimiento, del paciente (familiar o representante legal), fecha y firma del médico y del paciente o representante legal que acepta el CI.
Según el artículo 12.5 de la Ley 6/2002 de 15 de abril (de Aragón) dice al respecto de este documento: “debiéndose obtener con tiempo suficiente de manera previa al procedimiento y habiéndose otorgado la información pertinente, ya que el CI no se obtiene mediante la simple firma de un documento”; “en todos los casos en que el paciente haya expresado por escrito su CI, tendrá derecho a que se le de una copia del documento firmado”.
La obtención del CI es un derecho del paciente y un deber del médico, de ahí su importancia tanto para el paciente para comprender el procedimiento que se le va a realizar y poder aclarar dudas, como de su correcta cumplimentación para dejar constancia de este documento médico legal de gran importancia en la práctica clínica diaria.
Este protocolo se inicio el año 2014, actualmente tras el análisis de los resultados obtenidos se está analizando las distintas alternativas a realizar y posteriormente aplicarlos a todas las secciones del servicio de anestesiología, reanimación y terapeútica del H.U.M.S. para finalmente implantarlo en todas ellas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Una vez recogidos los datos de 2164 pacientes evaluados y que ya se presentaron los resultados, actualmente el objetivo a conseguir es protocolizar el sistema de entrega del CI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para ello se está hablando personalmente con diferentes estamentos hospitalarios, a instancias de los requerimientos que el jefe de servicio cree convenientes, para poder aplicar las diferentes medidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Una vez implantadas las medidas correctoras, se procederá a evaluar nuevamente y mediante los mismos indicadores la efectividad del rediseño del circuito estructurado:

% de ítems correctamente rellenados en los CI:
- Fecha.
- Firma del paciente o representante legal.
- Firma del médico que informa.
- Nombre del médico que informa.
- Obtención del documento con más de 24 h de antelación al procedimiento en situaciones programadas.

Comprobación de que el paciente realmente ha podido aclarar las posibles dudas que pudieran surgir de la lectura del CI (mediante la entrega del CI con tiempo más que suficiente para poder leerlo y consultar y aclarar posibles dudas).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Al estar ya instaurado este proyecto, actualmente seguimos en la fase descrita previamente de manera continuada a lo largo del próximo año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. medicina preoperatoria (gestion clinica)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0307 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL Sº DE ANESTESIA, REANIMACION Y T. DEL DOLOR EN EL H MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMSZ). CONTINUACION (III)

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0313 ()

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL EN LA UNIDAD DERECUPERACION POSTANESTESICA.(CONTINUACIÓN II)

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OLIVAN LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TENA GALINDO PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LATORRE LABORDA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· HERRERO TRAVER MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· JIMENEZ SANCHEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARZON MUÑOZ AMANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URPA
· CALLEJA PANCHO ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URPA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Anestesiología y Reanimación, recibe a diario solicitudes para canalización de acceso venoso central, que es
llevado a cabo en la Unidad de Recuperación Postanestésica.
La canalización de una vía venosa central es necesaria en un
número importante de pacientes en el postoperatorio de cirugía del aparato digestivo, así como en pacientes con patología médica grave, que precisan terapia intravenosa intensiva y frecuentes extracciones de sangre para analítica.
Sin embargo, en un número no desdeñable de casos, estos
pacientes no cumplen los criterios necesarios para la realización de esta técnica. Entre las causas más frecuentes encontramos, la alteración en los parámetros de coagulación, la ausencia de analíticas recientes, consentimiento informado sin cumplimentar y la falta de información al paciente por parte del médico que lo solicita este procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Habiendo presentado los resultados obtenidos hasta el momento, podemos afirmar que hemos logrado una disminución del número de pacientes sin analítica reciente (especialmente parámetros de coagulación) previa a la canalización de la vía venosa central.
Tambien se ha logrado una adecuada selección de los pacientes que realmente se benefician de este procedimiento, así como la comprobación radiológica posterior a la canalización del catéter en todos los pacientes, asegurando así la correcta colocación del mismo en un mayor número de casos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hemos comprobado que un mayor número de pacientes llega a la Unidad de Reanimación Postanestesia (URPA) con una analítica reciente en la que se incluyen los parámetros de coagulación necesarios para la misma, así como corrección de dichos parámetros previa al traslado del paciente a nuestra Unidad.
Sin embargo, continúan siendo numerosos los pacientes que llegan a la URPA sin adecuada información del procedimiento al que se les va a someter ni firma del consentimiento informado.Por ello, nos encontramos todavía en fase de optimización del proceso de reingeniería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de pacientes que llegan a nuestra Unidad con consentimiento informado correctamente cumplimentado.
-Porcentaje de pacientes que reciben adecuada y suficiente información sobre el procedimiento que se les va a realizar y de las complicaciones que puede conllevar, por parte del médico solicitante.
-Porcentaje de pacientes que poseen una analítica con los parámetros necesarios antes de la canalización del catéter venoso central.
-Porcentaje de pacientes que realmente se benefician de dicha técnica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el momento actual, continuamos en fase de finalización de recogida de datos, y análisis de los resultados obtenidos hasta el momento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Medicina Perioperatoria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0392 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PEÑA DE BUEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROVIRA FLORES EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TARANCON ROMERO MARIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BORQUE MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ RAMOS NEREA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASTILLO AZNAR JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La analgesia epidural es un procedimiento habitualmente utilizado en el trabajo del parto, que permite el alivio del dolor y disminuye la ansiedad materna. En el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) este procedimiento es habitual, con un número de epidurales entre 2300 y 3400 al año. Sin embargo, existe un importante desconocimiento de la técnica por parte de las pacientes, así como sus complicaciones, riesgos y beneficios. Durante dos días al mes se realizan unos coloquios por parte del Servicio de Anestesiología para mejorar la información al respecto, no obstante son pocas las gestantes que pueden acudir a las mismas (problemas de horario, de distancia...).
La consulta de preanestesia forma parte de la evaluación y la preparación previa a cualquier procedimiento anestésico, sin embargo en numerosos centros como en el nuestro las mujeres gestantes no son citadas ni evaluadas en la misma. En consecuencia, la evaluación preanestésica es preciso llevarla a cabo en el momento previo a la analgesia epidural, lo que supone un retraso en el procedimiento y en ocasiones una denegación del mismo, debido a que las condiciones para realizar la técnica no son óptimas.
Por todo ello, consideramos necesaria una mejora en el proceso previo a la analgesia epidural de manera que las pacientes estén informadas de la técnica de manera óptima, y si es necesario por la patología concomitante, puedan ser evaluadas previamente al procedimiento anestésico en las consultas evitando retrasos y denegaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los principales objetivos son:
Mejorar la información de las pacientes sobre la analgesia epidural, procedimiento, riesgos y beneficios en unas condiciones óptimas.
Evitar retrasos y denegaciones de la analgesia epidural.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de monográficos informativos para el Servicio de Anestesiología y Reanimación, así como para el Servicio de Obstetricia. De esta manera se informará al personal implicado en el proceso.
- Creación de unas hojas de información sobre la técnica epidural, que se repartirán junto con el consentimiento informado en la ecografía del tercer trimestre ya que esta consulta es la de mayor cumplimiento o afluencia. De esta manera, se permitirá su lectura previamente al parto y en unas condiciones óptimas.
- Creación de una hoja y sistema de recogida de datos. Por un lado, se recogerán los datos relativos al número de embarazadas con patología que fueron remitidas a la consulta de preanestesia y aquellas que no. Además, se tomarán los datos del número de gestantes que obtuvieron las hojas de información y el consentimiento informado previamente al parto, a partir de la implantación del Proyecto, en comparación con las que lo hacían previamente.
- La participación en el proyecto será de todos los miembros incluidos en el Proyecto, coordinados por el responsable del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Se evaluará la tasa de cumplimiento por parte de los servicios implicados comparando los datos previos a la implantación del Proyecto y posteriores.
- Se valorará el número de pacientes con patología remitidas a la consulta de preanestesia, y aquellas que no a través de las hojas de recogida de datos.
- Se valorará el número de pacientes con que han obtenido las hojas de información y el consentimiento previamente al proceso analgésico a través de las hojas de recogida de datos.
- Se estudiará el grado de satisfacción de la paciente con la mejora de la información al respecto, mediante un cuestionario.
- Se evaluará el número de gestantes que acuden a los coloquios de información pre- y postimplantación del Proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de los monográficos, de las hojas de información a las pacientes y de las hojas de recogida de datos: Octubre y Noviembre de 2016.
- Formación de los Servicios implicados: Enero y Febrero de 2017.
- Desarrollo del Proyecto: desde Marzo a Octubre de 2017.
- Evaluación final: Noviembre de 2017.
Total: desde Octubre a Noviembre de 2017.

Proyecto: 2016_0392 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Gestante
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0425 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACIÓN)

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO CARBONELL BERNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DELGADO MARTINEZ JULIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· RODRIGO PALACIOS JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ MUÑOZ CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALO PELLICER INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· POLO PELLICENA MARCOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Como fue explicado en la solicitud del proyecto inicial, la transferencia de tejido libre con técnicas microquirúrgicas es una técnica cada vez más utilizada en cirugía reconstructiva de la mama y de defectos cutáneos complejos. Actualmente el porcentaje de supervivencia del injerto es muy alto, pero la pérdida del mismo, aunque poco frecuente, tiene graves consecuencias para los pacientes.
Aunque no hay un consenso en el manejo perioperatorio de estos pacientes, sí existen una serie de factores, identificables según bibliografía potencialmente modificables y controlables, que influyen en los resultados de supervivencia del injerto y sobre los que nos propusimos actuar en el proyecto de 2015.
Los resultados fueron óptimos, como quedó reflejado en los indicadores evaluadores en la memoria correspondiente, logrando un consenso en el manejo perioperatorio, así como un buen índice de viabilidad.
La necesidad de continuación viene dada por el aumento de fracasos posteriores, lo que requiere un manejo multidisciplinar en el periodo perioperatorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el manejo multidisciplinar perioperatorio de estos pacientes para disminuir las complicaciones y conseguir un porcentaje de supervivencia del implante de alrededor del 90%.
Actualizar el protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia con el objetivo de desarrollar un proceso.
Validar la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método de control de la viabilidad del injerto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de la literatura sobre manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a transferencia microquirúrgica de tejidos e incorporación de los datos al protocolo de manejo perioperatorio ya existente. La revisión de la literatura y aplicación del protocolo se realizará por parte de los componentes del Servicio de Anestesia y Reanimación que pertenecen a este grupo de mejora.
Se modificará el protocolo de antiagregación ampliándolo a todo el periodo perioperatorio.
Durante las primeras 48 horas de postoperatorio se combinará la monitorización clásica (exploración + doppler) con la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno para controlar la validez del injerto y poder valorar la eficacia y ventajas de la monitorización continua. Esta actividad se realizará por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
Elaboración y consolidación del proceso de transferencias microquirúrgicas de tejidos en cirugía plástica.
Para evaluar el proyecto se monitorizarán cada 6 meses los indicadores por parte de los doctores Roberto Carbonell y Julio Delgado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tasa de supervivencia del injerto.
Nº injertos viable /Nº injertos realizados x 100 = 90 %

Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización de la saturación tisular de O2
Nº de fallos detectados / Nº total de fallos x 100 = 90%

Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno
Nº de colgajos salvados / Nº de trombosis detectadas x 100 = 65%
Elaboración del proceso y presentación a la Unidad de Calidad Asistencial.
Los indicadores se monitorizarán semestralmente con datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el segundo trimestre de 2016 se realizará la revisión de la literatura y del protocolo de manejo perioperatorio.
En junio de 2017 se evaluarán los indicadores y se elaborará memoria para la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet, finalizando el proyecto en diciembre 2017.
De junio a octubre de 2017 se elaborará el proceso.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0425 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACIÓN)

Dada la cada vez mayor frecuencia de realización de transferencias microquirúrgicas de tejidos, en el proyecto de 2015 se indicó la intención de valorar la aplicación del protocolo al manejo de las transferencias microquirúrgicas realizadas por otros servicios quirúrgicos del Hospital Universitario Miguel Servet. Vista la necesidad de ampliación el proyecto y recogida de más datos, es una actividad no realizada y todavía pendiente, realizable en función de los resultados obtenidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0475 ()

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL INFORME PERIOEPRATORIO EN REACCIONES ALERGICAS

2. RESPONSABLE ..... NOELIA LAFUENTE OJEDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO VERNIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCIA GIL MARIA PILAR. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· BAILO MASTRAL PABLO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· MATEO OROBIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FORCADA VIDAL PILAR. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Toda reacción alérgica se considera una reacción inmunológica patológica,producida por el contacto de un antígeno con un individuo previamente sensibilizado. El análisis de los pacientes que han presentado una reacción alérgica perioperatoria, ha permitido determinar unos factores que, asociados a la reacción, incrementan su morbimortalidad. Por ello se han propuesto recomendaciones para identificar a la población de riesgo de anafilaxia perioperatoria que podría beneficiarse de una evaluación preoperatoria más precisa. El diagnóstico de anafilaxia perioperatoria incluye aspectos clínicos, biológicos y alergológicos. Se considera responsabilidad del facultativo que observa una reacción alérgica, la sospecha del diagnóstico, el inicio del estudio y la posterior interconsulta al alergólogo; realizar un informe escrito que se adjuntará a la historia clínica del paciente, y dar parte a centros de farmacovigilancia.
Generalmente los pacientes son derivados a las consultas externas de alergología del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” para completar el estudio alergológico. La hoja del informe que ha sido cumplimentada queda en la historia clínica del paciente, pero los facultativos del Hospital Clínico no pueden tener acceso a ella.
Se propone por tanto la informatización de dicho informe perioperatorio, donde se constatan los principales antecedentes del paciente y los datos a cerca de la reacción alérgica acontecida. Esto es, periodo en que apareció, principales síntomas, fármacos, fluidoterapia o material no libre de látex administrados previamente a la reacción o tratamiento que precisó.
Mediante el acceso a través de la plataforma de Intranet, el informe quedará también a disposición de los facultativos del Hospital Clínico, facilitando de esa manera el acceso a los datos anteriormente comentados para complementar y apoyar un diagnóstico correcto de la posible reacción alérgica sufrida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Uno de los principales objetivos de este proyecto es el acceso a la información contenida en ese informe preoperatorio de la reacción alérgica, por parte de los facultativos alergólogos del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, lo que se presupone ayudará al diagnóstico de confirmación de la posible reacción alérgica.

Así mismo, la opción de rellenar el informe por el facultativo que ha presenciado la reacción alérgica, mediante el acceso a Intranet y que quede registrado en la red, facilita la cumplimentación de la información requerida para un correcto diagnóstico.

Otra ventaja a describir sería la capacidad de detectar rápidamente por cualquier facultativo con acceso a Intranet las posibles alergias sufridas por un paciente, con los datos principales a cerca de ella y la confirmación o no de la misma, una vez se realicen las pruebas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Comentamos las medidas previstas, los responsables, así como el procedimiento que se va a utilizar para conseguir los objetivos deseados.
La hoja del informe perioperatorio ya está aprobada y forma parte de un protocolo del hospital. (ID. PROTOCOLO Z2-442-16)
- Reestructuración del informe de la reacción alérgica, con el consiguiente paso por la Comisión de Historias Clínicas: responsable Dr. Moreno /Dra Lafuente
- Proceso de informatización del informe para su inclusión en Intranet: responsable Dra. García y Dr. Bailo
- Revisión final, información a los servicios médicos y quirúrgicos de la informatización del informe: responsables Dr. Mateo, Dra. Forcada, Dr. Laglera, Dra Lafuente.
- Confirmación de la utilidad de dicho informe en la confirmación diagnóstica de la posible alergia: responsable Dr. Colás.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Como indicadores se monitorizarán el número de pacientes que han presentado una reacción alérgica y que se han derivado correctamente al servicio de alergología.

Otro indicador a incluir sería la utilidad del acceso a los datos del informe perioperatorio informatizado para la confirmación diagnóstica de la reacción alérgica

Proyecto: 2016_0475 ()

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL INFORME PERIOEPRATORIO EN REACCIONES ALERGICAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reestructuración del informe de la reacción alérgica, con el consiguiente paso por la Comisión de Historias Clínicas: responsable Dr. Moreno /Dra Lafuente. Fecha prevista: Noviembre 2016.
- Proceso de informatización del informe para su inclusión en Intranet: responsable Dra. García y Dr. Bailo Fecha prevista: Enero-Febrero 2017.
- Revisión final, información a los servicios médicos y quirúrgicos de la informatización del informe: responsables Dr. Mateo, Dra. Forcada, Dr. Laglera, Dra Lafuente. Fecha prevista:Marzo-Abril 2017.
- Confirmación de la utilidad de dicho informe en la confirmación diagnóstica de la posible alergia: responsable Dr. Colás. Fecha Prevista: Primer semestre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier reacción alérgica en diferentes contextos clínicosy/o quirúrgicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0522 ()

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL H.U.M SERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEÑA DE BUEN NATALIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCES SAN JOSE CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASTILLO AZNAR JESUS. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VIGUERA FERNANDEZ LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TRES RITTERBACH EVA. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Estudios epidemiológicos recientes muestran de forma incuestionable que la prevalencia del dolor agudo postoperatorio y su tratamiento siguen siendo deficitarios en nuestro entorno. El tratamiento insuficiente del dolor postoperatorio es, por tanto, un problema bien documentado que persiste a pesar de los avances en los conocimientos científicos sobre la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y modalidades de tratamiento y la elaboración e implementación de guías. En la actualidad la prevención y tratamiento del dolor postoperatorio puede considerarse un fracaso terapéutico importante. Una reciente encuesta realizada entre los pacientes postoperados hospitalizados de nuestro hospital ha mostrado una incidencia de dolor agudo postoperatorio intenso mayor del 60 %.
Son múltiples las causas que influyen en este fracaso, entre las cuales podemos considerar como más importantes:
-Miedo exagerado a los efectos indeseables de los opioides
- Prescripción de dosis inferiores a las analgésicas, utilizando pautas invariables independientemente del tipo de intervención o paciente.
- Restricción en la administración de fármacos por parte de enfermería.
- Resignación de los pacientes a sufrir dolor y reticencia a pedir analgésicos.
- Desconocimiento de la magnitud del problema, del origen fisiopatológico y del diagnóstico preciso de los distintos cuadros dolorosos, así como de los medios de tratamiento.
- Falta de evaluación del dolor.
- Falta de formación tanto pregrado como posgrado en dolor.
Es este último punto el que consideramos fundamental para la persistencia de una incidencia y prevalencia de dolor agudo postoperatorio severo intolerable. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de dolor agudo postoperatorio en nuestro hospital así como conocer las necesidades de formación, tanto de médicos como de enfermeras que tratan pacientes con dolor agudo postoperatorio, para poner en marcha un programa de formación como primer paso para el establecimiento de una Unidad de Dolor Agudo en nuestro hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos conocer la intensidad e incidencia de dolor agudo en nuestro hospital. Descubrir los conocimientos sobre dolor del personal del hospital y sus necesidades de formación. Si la intensidad de dolor agudo es elevada descubrir cuáles son los motivos de la misma para poner en marcha medidas correctoras. Iniciar medidas de formación para: Concienciar al personal sanitario del HUMS sobre la importancia del dolor agudo y los efectos deletéreos que el mismo puede suponer para el paciente; enseñar el manejo de técnicas las analgésicas comunes y avanzadas; estandarizar la escala analgésica visual como medida estándar de evaluación del dolor conseguir que dicha evaluación se considerada como la quinta constante de los pacientes postoperados.
Todo ello destinado a reducir la incidencia de dolor agudo moderado y severo en los pacientes postoperados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para ello se van a pasar encuestas de conocimientos en dolor y de estudio de necesidades al personal de enfermería quirúrgica y a los facultativos quirúrgicos. Se pasarán periódicamente encuestas a los pacientes postoperados que evalúen la intensidad del dolor, la presencia de efectos secundarios relacionados con el dolor y su tratamiento así como la satisfacción con el tratamiento del mismo. Se organizaran cursos acreditados para facultativos y enfermería sobre el tratamiento del dolor. Se realizarán sesiones en los servicios quirúrgicos de cirugía general, vascular, torácica, cardiovascular, urología, otorrinolaringología y maxilofacial para concienciar de la importancia del tratamiento del dolor y explicar las técnicas analgésicas disponibles.
Se elaborarán nuevos protocolos analgésicos y una guía para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. También se elaborará una guía para los pacientes que explicará la importancia del tratamiento del dolor y las posibilidades de tratamiento disponibles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se considerará que se ha cumplido la evaluación del dolor agudo postoperatorio en los pacientes si se completan al menos 150 encuestas al trimestre. Las encuestas de facultativos y personal de enfermería deberán haber sido rellenadas al menos por el 50 % del personal implicado. Se deberán haber realizado al menos dos cursos de formación para enfermería y uno para médicos. Se deberán haber realizado sesiones temáticas de dolor agudo postoperatorio en todos los servicios quirúrgicos mencionados.

Proyecto: 2016_0522 ()

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL H.U.M SERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las encuestas al personal sanitario se deberán haber recogido y analizado antes de fin de 2016, igualmente las primeras encuestas de intensidad y satisfacción de los pacientes.
EL primer curso de formación en dolor agudo para enfermería tendrá lugar en el primer trimestre de 2017 y el segundo en el segundo semestre. EL curso de formación para médicos, protocolos y guía de tratamiento y para pacientes debe estar realizado antes de fin de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Esta proyecto es la primera fase de un programa para el tratamiento integral del dolor agudo en nuestro hospital como paso previo a la instauración de una unidad de dolor agudo que abarque no solo al hospital general, sino también a traumatología, maternidad y hospital infantil, para conseguir que nuestro hospital pase a formar parte de los hospitales sin dolor.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor agudo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0624 ()

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... ADELA RUIZ DE LA CUESTA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA FAU MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes a los que se les va a realizar una broncoscopia son susceptibles de presentar unos efectos adversos (desaturación y agitación) durante la realización de la misma, que dificulten o incluso impidan la realización de dicha técnica. Habitualmente la broncoscopia es realizada bajo ansiólisis por un Neumólogo.
Determinados pacientes programados para realización de broncoscopia requieren sedación profunda por parte de Anestesiología. En nuestro Servicio implantamos durante el año 2015 un programa de “Valoración Anestésica Fast-track para realización de broncoscopia bajo sedación profunda” (incluído en los Programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el servicio Aragonés de Salud de 2015) que nos permitió mejorar la EFICIENCIA en la valoración preanestésica de este tipo de pacientes, mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias bajo sedación profunda y mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.
Con nuestro presente proyecto pretendemos aumentar el número de pacientes en los que se realizará broncoscopia y disminuir los efectos adversos derivados tanto de la patología basal del paciente como de la técnca a realizar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias.
- Mejorar la SEGURIDAD de los pacientes a los que se realiza la broncoscopia.
- Mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º. El Anestesiólogo realizará una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 mínutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisen y que cumplan los requisitos pertinentes. Le explicará al paciente en qué consiste la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.
2º El Anestesiólogo obtendrá el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resulten “APTOS” en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.
3º Se realizará la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registrará los casos de desaturación que se presenten (saturación de O2 < 90% o descenso en la saturación de O2 > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O2 <92%).
4º Se registrarán los casos de agitación que se presenten durante la realización de la broncoscopia y que impidan la realización de la misma.
5º 30 minutos después de concluída la broncoscopia se valorará la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.
6º Se evaluará el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que suceden durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realiza broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cálculo de la razón entre el número de desaturaciones presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y las desaturaciones presentes en las broncospias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Cálculo de la razón entre el número de casos de agitación que imposibiliten la realización de broncoscopia presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y los casos de agitación presentes en las broncospias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Mejora en la CALIDAD asistencial a estos pacientes (encuesta de SATISFACCIÓN).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: 1 de junio de 2016.
Duración del proyecto: 1 año (hasta el 1 de junio de 2017).
Cronograma:
1º Del 1-5 junio de 2016: Puesta en común del proyecto con el Neumólogo responsable de la Sección de Broncoscopias. Presentar los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes. Protocolos de suspensión de antiagregación y anticoagulación, así como de tratamiento sustitutivo en los casos necesarios (prueba invasiva). Protocolo de ayunas para los distintos tipos de alimentos. Dudas y preguntas.

Proyecto: 2016_0624 ()

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

2º Del 8 junio de 2016 - 1 junio 2017: selección de pacientes por parte de Neumología. Realización de consulta preanestésica FAST-TRACK a todos ellos, 30 minutos antes de la realización de la broncoscopia bajo sedación profunda. Realización de ENCUESTA DE SATISFACCIÖN a los pacientes.
3º Evaluación del proyecto al año de su implementación (1 junio 2017).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0865 ()

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

2. RESPONSABLE ..... TOMAS ALBERTO SANJUAN VILLARREAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO GARCIA BORJA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BARRADO GIL PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PUERTOLAS ORTEGA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLINOS ARRUEBO IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COTERA USUA IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes sometidos a cirugía vascular, cardíaca o torácica son pacientes habitualmente pluripatológicos que van a ser sometidos a un estrés quirúrgico, lo que puede colocar al paciente en situaciones de riesgo vital. Cuando la asistencia se produce en situaciones urgentes y graves, el estrés, la complejidad y la intervención de múltiples participantes favorecen los eventos adversos.
La Declaración de Helsinki para la Seguridad del paciente propone crear “manuales de ayuda cognitiva” como una línea estratégica más para reforzar la seguridad del paciente. En este sentido se han creado guías generalistas para Anestesia como la "Guía Stanford de Emegencias" o la "Guia SENSAR". Nuestra intención es realizar una guía específica para la anestesia en las cirugías previamente especificadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la asistencia al paciente en situaciones críticas que se puedan encontrar en anestesia cardíaca, vascular y torácica: optimizando el manejo y evitando que las prescripciones causen daño añadido.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un manual escueto que pueda servir de “ayuda cognitiva” a los profesionales que están manejando la situación de crisis clínica. Ayudando a establecer de forma ordenada los pasos fundamentales en el manejo de la situación clínica, evitando las acciones innecesarias o la omisión de pautas de tratamiento adecuadas a cada situación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Como indicadores se utilizaran:
- Informe de cada situación crítica en la que se ha usado el manual.
- Encuesta de satisfacción a los profesionales a los que va dirigido el manual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto es de 9 meses:

- Selección de las situaciones críticas a incluir en el manual (1 mes).
- Reparto de los temas a tratar entre los miembros del grupo y redacción de los temas. (2 meses)
- Revisión por pares de los temas por si hubiera que modificarlos (1 mes).
- Edición del manual (15-30 día).
- Implantación del manual en quirófanos para su evaluación (4-4’5 meses)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a cirugía cardíaca, vascular o torácica.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1008 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CARBONELL BERNAL ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· HERRANZ ANDRES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIDEN GUTIERREZ LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARLUCCIO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Transfusion perioperatoria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1028 ()

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ..... LUIS PEDRO PORTERO LLORO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORO FRAILE JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIL BERDUQE LUIS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVA PERALES PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CHUECA MATA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ ANDRES ARMANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actividad anestésica realizada en la sección de Anestesiología Pediátrica es especialmente variada. Es muy frecuente tener que realizar procedimientos anestésicos fuera del quirófano para una gran diversidad de pruebas o intervenciones.
Actualmente la recogida de datos del proceso quirúrgico y de la actividad anestésica empleada es realizada por el personal destinado oportunamente. Cuando el proceso anestésico es realizado fuera del quirófano, esta actividad no puede ser recogida en el formato electrónico. Así, tenemos que realizar diariamente un registro de nuestra actividad en formato papel, manualmente.
Hoy día no se considera oportuno seguir manteniendo la captura de nuestra actividad exclusivamente mediante la actividad realizada en quirófano y tampoco procede que se continúe realizando en formato papel si se tiene como objetivo reducir el número de documentos en nuestro Hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Informatización del registro de la actividad Anestésica Pediátrica.
-Registro lo más ajustado a la realidad asistencial existente.
-Posibilidad de estudios departamentales respecto a nuestra asistencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un archivo en formato Excel para facilitar el registro de toda la actividad asistencial realizada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Evaluación de la actividad asistencial registrada antes de la informatización completa tanto respecto a la disponible en intranet.
-Comparación a posteriori de los datos correspondientes con la base informatizada completa respecto a la disponible en intranet.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración total se estima en 12 meses:
-Octubre-Diciembre ´16: Elaboración del archivo en formato Excel y evaluación de la actividad registrada según los datos informatizados disponibles comparándolos con los reales.
-Enero ´17: Implementación del nuevo formato de recogida de datos.
-Febrero-Mayo ´17: Puesta al día de la nueva actividad capturada.
-Junio-Septiembre ´17: Reevaluación del nuevo formato de recogida de nuestra actividad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No atañe a una enfermedad en concreto
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1032 ()

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

2. RESPONSABLE ..... ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIL BERDUQE LUIS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORO FRAILE JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· DELGADO ALVIRA REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· GONZALEZ ESGUEVA AINARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· CORONA BELLOSTAS CAROLINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La consulta preanestésica tiene entre sus objetivos la valoración y preparación del paciente que va a ser sometido a un procedimiento bajo técnicas anestésicas. Así es posible realizar las técnicas precisas en cada el paciente minimizando sus riesgos asociados.
El Hospital Infantil es el centro de referencia de Aragón, La Rioja y Soria para la patología médica y quirúrgica de la población pediátrica.
En nuestras consultas se atiende a esta población de diversos orígenes y con distintas pruebas solicitadas por distintos protocolos regionales. En ocasiones los pacientes acuden ya a consulta con los resultados de las pruebas complementarias precisas, pero en la mayor parte de las consultas, los resultados aún están pendientes de análisis. Esto supone que en no pocos casos el paciente no pueda ser reevaluado hasta el día antes del ingreso o incluso de la intervención, si en el estudio existían alteraciones que precisan un manejo oportuno.
Así, es necesario reconfigurar los circuitos de pruebas complementarias preanestésicas y prequirúrgicas en el paciente pediátrico, para conseguir que los pacientes que precisan pruebas complementarias acudan directamente a la consulta con los resultados de las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Optimizar los circuitos de pruebas complementarias preoperatorias para la Anestesia Pediátrica.
-Mejorar la satisfacción global del proceso de los cuidadores.
-Disminuir la tasa de suspensiones por estudio incompleto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reuniones con los principales servicios subsidiarios de precisar pruebas complementarias preanestésicas pediátricas.
-Cambio de los circuitos actuales en la obtención de la analítica preoperatoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Evaluación de la satisfacción de los cuidadores y la tasa de suspensiones de procedimientos antes y después del cambio realizado.
Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los cambios, y otros 50 pacientes comparables después usando como indicadores centinela la satisfacción tasa de pacientes que acuden a consulta con sus pruebas complementarias completa si las precisaba.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración total se estima en 12 meses:
-Octubre-Noviembre ´16: análisis basal del problema.
-Diciembre ´16- febrero ´17: Reuniones con los distintos servicios implicados.
-Marzo-Mayo ´17: Redefinición de los nuevos circuitos preanestésicos
-Junio-Septiembre ´17: Implantación de los nuevos circuitos.
-Octubre- ´16: Reevaluación de los cambios realizados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anestésica y médico-quirúrgica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1039 ()

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN EL PACIENTE PEDIATRICO

2. RESPONSABLE ..... JULIAN RUIZ TRAMAZAYGUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PORTERO LLORO LUIS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVA PERALES PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CHUECA MATA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESCARTIN VILLACAMPA RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
De forma rutinaria, casi todos los niños que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica en el hospital infantil precisan un estudio analítico reciente. La necesidad de su obtención y extensión de la misma depende del procedimiento quirúrgico o diagnóstico a realizar, y de las enfermedades asociadas del paciente.
Como en la Anestesiología del adulto, en la Anestesiología Pediátrica algunos pacientes pueden evitarse la realización de parte o de la totalidad de la analítica preoperatoria, sin menoscabarse su seguridad y la calidad asistencial. La creación de unos criterios de necesidad, además del ahorro económico que puede suponer para el sistema sanitario, cobra mayor importancia en la anestesiología pediátrica, pues la venopunción necesaria para su extracción puede ser muy dificultosa y generar gran estrés en los pacientes de esta población.
Es necesario adaptar nuestra práctica clínica a la evidencia disponible hoy día respecto a la necesidad de realización pruebas analíticas complementarias, evitando aquellas que por comorbilidad del paciente y procedimiento a realizar sean potencialmente evitables, y aumentando si es preciso el estudio de aquellos pacientes cuyas enfermedades asociadas lo precisen.
El anestesiólogo revisa el día previo que todo el estudio preoperatorio esté completo y correcto. En ocasiones nos encontramos en niños de diferentes edades alteraciones en los resultados del estudio de coagulación con/sin trastorno asociado, o debido a la dificultad de extracción de muestra no se completa el estudio lo cual obliga a repetirlo en ambos casos. Este hecho de forma ocasional obliga a retrasar el comienzo de la cirugía y en algunos casos incluso a su reprogramación otro día.
El proyecto va a tratar de identificar los niños con trastorno analíticos preoperatorios fundamentalmente de coagulación que modifiquen la conducta en el periodo perioperatorio, evitar los problemas derivados de la extracción de múltiples muestras a los niños, evitar la demora del proceso quirúrgico, disminuir la utilización de recursos y simplificar el circuito de evaluación por el especialista en hematología para su tratamiento si procede.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Unificar los criterios de realización estudio analítico preoperatorio.
-Evitar la utilización de recursos hospitalarios de forma innecesaria
- Evitar retrasos y suspensiones de cirugías programadas.
- Facilitar y optimizar el circuito de evaluación de trastornos analíticos preoperatorios.
-Disminuir la ansiedad preanestésica asociada a la población infantil por las venopunción.
-Aumentar la satisfacción global del proceso de los cuidadores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Crear un grupo de trabajo formado por las secciones/unidades del H. Infantil implicadas: Anestesiología, Servicios quirúrgicos (Cir Pediátrica, Traumatología, Otorrinolaringología…), Pediatría y Neonatología y otros servicios centrales (Hematología…).
- Crear unos protocolos de petición de analíticas según proceso y según paciente.
-Valorar la satisfacción y evaluar la opinión actual de este proceso en los Facultativos de la Sección Infantil del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor y de los cuidadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de analíticas realizadas según proceso y especialidad.
Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los cambios en el protocolo en casos potencialmente evitables por su tipo de procedimiento y según su comorbilidad, y otros 50 pacientes comparables después de las modificaciones realizadas.
Petición de colinesterasas plasmáticas como evento centinela: antes y después de la actualización de los protocolos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima una duración de 12 meses.
Octubre-Diciembre del 2016: Realización del estudio basal y obtención de toda nuestra cartera de servicios.
-Enero-Marzo 2017: Reuniones con los distintos servicios solicitantes de nuestros servicios y de los servicios implicados en la realización de las pruebas de laboratorio.
-Abril-Junio 2017: Redacción de los nuevas indicaciones de necesidades de analíticas preoperatorias pediátricas.
-Julio-Octubre´17: Implementación de los nuevas indicaciones.
-Octubre ´17: Análisis de los resultados

Proyecto: 2016_1039 ()

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN EL PACIENTE PEDIATRICO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anestésica y médico-quirúrgica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1389 ()

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LUCAS HERNANDEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ECED MARTINEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia acasos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.- Mejorar la comunicación con AP
.- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
.- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
.- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Oferta:
Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.
2.- Actividades:
.- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
.- Periodo de formación de los miemnros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
.- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
.- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
.- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaoración con las SS quirúrgica y de AP.
.- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
.- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- Nº de consultas realizadas
.- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
.- Nº de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
.- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
.- Abril – Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
.- Junio – Julio: reuniones y formación en CS
.- Septiembre – Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
.- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
.- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1389 ()

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor agudo, subagudo o cronico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_1391 ()

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

2. RESPONSABLE ..... ANA ASENSIO PARIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLAS RODRIGUEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANDIN GONZALEZ FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las transfusiones en cirugía digestiva se han relacionado estrechamente con la aparición de metástasis hepáticas, mayor incidencia de complicaciones y presencia de infecciones postoperatorias. No es admisible que un paciente que va a ser sometido a cirugía oncológica digestiva de forma programada (en concreto CCR), llegue a la cirugía con anemia grave que no se haya intentado corregir. La presencia de anemia preoperatoria es el factor más relacionado con la necesidad de transfusión en el intraoperatorio o en el postoperatorio inmediato. La optimización de esta anemia previa a la cirugía es la actuación preventiva de mayor utilidad en estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.- Optimizar la anemia preoperatoria de los pacientes afectos de CCR, mejorando el estado del paciente y preparándolo para la intervención quirúrgica.
.- Minimizar la transfusión alogénica en los pacientes afectos de CCR que son aceptados para tratamiento quirúrgico.
.- Reducir las complicaciones transfusionales, disminuyendo la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes.
.- Reducir el tiempo de espera entre la decisión de intervenir y la fecha de la cirugía.
.- No intervenir de forma programada pacientes con anemia importante

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA:
Valoración y optimización cuando sea necesaria de pacientes tributarios de cirugía programada oncológica sobre intestino grueso.

ACTIVIDADES:
1.- Valoración del paciente en el comité de tumores para saber la indicación quirúrgica. Estamos presentes en dicho comité para tomar nota de estos pacientes.
2.- Valoración en consulta de cirugía
3.- Valoración preoperatoria en consulta de anestesia el mismo día que en la consulta de cirugía.
4.- En caso de presentar anemia preoperatoria valoración y optimización de la misma con Fe iv ± EPO sc.
5.- Remitir al paciente a H de día donde se inicia tratamiento, cuando es posible, el mismo día de la consulta.
6.- Valoración día de la cirugía tras nuevo hemograma al ingreso o hemocue si ingresa por la mañana.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- (Pacientes anemicos / total de pacientes sometidos a CCR) x 100
2.- (Nº pacientes que inician cirugía con anemia / pacientes con anemia) x 100
3.- Nº pacientes transfundidos / pacientes sometidos a CCR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.- Inicio: Septiembre 2016 Fin: no tiene
.- Septiembre - Octubre 2016: recogida de información y puesta al día bibliográfica
.- Noviembre - Diciembre 2016: Elaboración de protocolo y acuerdo con diferentes servicios (Digestivo, Ciurugía General, Farmacia, Hospital de día)
.- Enero 2017: inicio programa
.- Noviembre 2017: Valoración
.- Diciembre 2017: Introduccion de una nueva patología oncológica digestiva

9. OBSERVACIONES.
Se ha valorado la iniciación de un proceso denominado Optimización de anemia de paciente con cáncer digestivo que incluirá a los de Hígado, tracto digestivo superior e Intestino delgado, y CCR.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias

Proyecto: 2016_1391 ()

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2016_1393 ()

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO ORTEGA LAHUERTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAGLERA TREBOL SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROVIRA FLORES EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PORTERO LLORO LUIS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Salud ha abierto una línea estratégica de “No Hacer”. Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades cientificas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.
En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).
El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar asi como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:
Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- Determinación del nº de pruebas “no solicitadas” en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias “que NO se deberían de haber solicitado”.
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Junio 2016
Junio – Diciembre 2016: revisión de bibligrafia
Enero – Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatologos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo – Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviermbre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1393 ()

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirofano
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2016_1394 ()

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA.

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO LIGORIT LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dentro del proyecto Infeccion quirurgica Zero del SNS y asumido por nuestro hospital como una de las líneas estrategicas prioritartias, una parte de los step definidos corresponden al manejo intra y postoperatorio inmediato al Servicio de Anestesia y Reanimación.
En concreto, al mantenimiento del paciente durante la intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato hasta su estabilización en normotermia y normoglucemia.
Estos factores (temperatura y glucemia) se han relacionado con un peor outcome quirurgico al favorecer la inmunosupresión y la presencia de infecciones.
El mantenimiento del paciente con una temperatura al final de la intervención superior a 36ºC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la presencia de infecciones quirurgicas y la mortalidad por esta causa en patología del cancer colorrectal, Prótesis de rodilla y de cadera, bypass aortocoronario.
Mantenimiento de la temperatura al final de la intervención > 36ºC
Mantenimiento de la glucemia durante y al final de la intervención <180 mg/dL..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA:
Mantenimiento de Normoglucemia y normotermia durante el perior perioperatorio (intraoperatorio, URPA y REA).

ACTIVIDADES:
.- Reunión con las diferentes unidades del servicio para explicar e implicar en el proyecto Infección Quirurgica Zero.
.- Formación de los anestesiólogs implicados en estas cirugías (CCT, HRTQ y HG)
.- Elaboración del protocolo de actuación con registro de las medidas preventivas y terapéuticas utilizadas en cada caso
.- Revisión del cumplimiento de los protocolos y de los resultados obtenidos. Aprendizaje de los errores y aciertos cometidos.
Exposición a los miembros de cada unidad de los resultados obtenidos y reevaluación de los protocolos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- Cumplimiento global de la normotermia. Basico
.- Cumplimiento global de la normoglucemia. Basico.
.- Incidencia de infecciones quirurgicas en la patología determinada y su relación con la de años anteriores
.- Incidencia de mortalidad por infección quirurgica en la patología determinada y su comparación con años anteriores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Mayo 2017
Mayo – Junio: reunión con los miembros de las diferentes unidades implicadas, exposición del proyecto y medidas a disponer
Julio puesta en marcha de los protocolos. Se iniciara en CCR, ampliandose de forma progresiva (enero 2018) a las otras cirugías implicadas en el proceso.
Diciembre evaluación de resultados.
Enero 2018 ampliación a cirugía de PTR, PTC, BpAo-Cor.
Durante el año 2018, se planteara la ampliación a otras cirugías una vez asentado este proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1394 ()

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA.

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirugico sometido a cirugia de cancer de colon, protesis de cadera o rodilla, bypass aorto-coronario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1272 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIO CARRANZA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SUAZO GUEVARA ILIANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· LARA GUERRERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· HERRANDO MEDRANO MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· INARAJA PEREZ GABRIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· VAZQUEZ BERGES IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· SOGUERO VALENCIA IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Servicio de Cirugía vascular tratamos a pacientes con isquemia crítica de extremidades en estadíosIII y IV de Fontaine –dolor en reposo y úlceras isquémicas-, en los que la cirugía arterial directa se ha descartado o no ha sido efectiva y a pacientes con arteriopatías inflamatorias y acrosíndromes vasculares como la tromboangeítis obliterante o síndrome de Raynaud que cursan con alteraciones de la microcirculación que pueden terminar en necrosis de dedos y amputación.
En estos casos el tratamiento con prostaglandinas IV constituye la mejor opción terapéutica. El tratamiento se realiza conAlprostadil vía intravenosa durante tres semanas con el paciente ingresado. El principio activo de Alprostadil es la prostaglandina E1, cuyas propiedades hemodinámicas y acción antiagregante plaquetaria fundamentan su uso en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica severa. El Alprostadil de forma ambulatoria se administra diluido en suero en perfusión intravenosa durante 2 horas
En algunos centros hospitalarios se está realizando el tratamiento de forma ambulatoria en pacientes seleccionados. El Hospital Miguel Servet reúne las condiciones adecuadas para realizarel tratamiento forma ambulatoria en pacientes seleccionados,al contar con el Hospital de día, el cual dispone de los recursos materiales y humanos necesarios y de la suficiente experiencia para manejar este tipo de pacientes.
La importancia de este proyecto radica en una mejora evidente de la calidad de la atención y satisfacción del paciente que le permitiría recibir un tratamiento adecuado sin ingreso hospitalario y por otra parte una disminución del gasto y de la saturación de camas hospitalaria al disminuir las estancias. Para una utilización más eficiente de los recursos, los pacientes no deben permanecer ingresados en el hospital más tiempo del necesario si los cuidados que requieren puede serles prestado de forma ambulatoria con iguales garantías de efectividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende con este proyecto elaborar un Protocolo que permita seleccionar a pacientes ingresados con isquemia no tributaria de tratamiento quirúrgico que puedan beneficiarse de tratamiento ambulatorio con prostaglandinas intravenosa en el hospital de día.
Los resultados que se obtendrían serían fundamentalmente una utilización más eficiente de los recursos con una disminución de la estancia hospitalaria y una mayor satisfacción de los pacientes.
El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que coordinará con el Hospital de día.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y el Hospital de día.
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo
Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales
Redactar Protocolo
Consensuar con todos los miembros del Servicio
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones.
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital
Implementación del Protocolo en 2018

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Elaboración del protocolo: SI
2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si
3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con Prostaglandinas IV.
Nº de pacientes ingresados a los que se prescribe tratamiento IV con PG ambulatorio/Nº Total de pacientes ingresados con tratamiento IV con PG = 50% año.
4. Pacientes satisfechos con la atención ambulatoria recibida. Encuestas de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio Abril 2017. fecha finalización :Abril2018
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2

Proyecto: 2016_1272 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. reunion grupo de trabajo 1 vez al mes Meses: 1-2-3
Redactar Protocolo. Meses: 4-5
Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10
Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Sustitución por CMA u otras

Proyecto: 2016_1273 ()

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

2. RESPONSABLE ..... IRENE SOGUERO VALENCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RICO ROMERO VIRTUDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· VAZQUEZ BERGES IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN. MIR. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· ALVAREZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las úlceras en miembros inferiores son un problema frecuente en Atención primaria y Especializada. Tiene una afectación importante para el paciente y conlleva numerosas consultas que implican un elevado coste sanitario. A ello, sumamos el problema social y la disminución en la calidad de vida.
Según cifras difundidas por GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por presión y Heridas Crónicas) el 1% de la población mundial puede desarrollar a lo largo de su vida una úlcera crónica de cualquier etiología. Según datos del último Congreso Nacional, del 25 % al 30 % de las heridas de extremidad inferior vuelven a aparecer en el plazo de un año. Esto plantea la necesidad de medidas para prevenirlas o conseguir una cicatrización rápida de ellas.
Dentro de las úlceras de extremidad inferior, nos centraremos en las de etiología isquémica, tienen una prevalencia de 0,2-2% y precisan ingresos, la mayoría prolongados, con estudios de imagen, cirugía y amputación o limpieza de las lesiones que requieren muchas curas hasta conseguir su cicatrización completa.
La edad avanzada, situación nutricional e inmunológica de los pacientes y la escasa movilidad, son factores que influyen en la aparición de las mismas.
En nuestra especialidad, las úlceras o lesiones isquémicas debidas a arteriopatía periférica suponen una sobrecarga asistencial importante y un aumento de la estancia media.
Por este motivo, nos planteamos hacer un proyecto para conseguir la derivación, tratamiento y seguimiento de estos pacientes en colaboración estrecha con Atención Primaria de nuestro sector. La importancia de este proyecto radica en la oferta de una atención integral al paciente consiguiendo además una disminución del tiempo de ingreso. Se trata de dar antes el alta hospitalaria con curas y hacer el seguimiento ambulatorio. Con esto se evita la necesidad de que el paciente permanezca ingresado hasta conseguir la completa y correcta cicatrización de las heridas, lo que supone disminución del costesociosanitario y un mejor uso de las camas hospitalarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un Protocolo con pacientes ingresados con isquemia, hayan precisado o no tratamiento quirúrgico, que se puedan beneficiar de tratamiento ambulatorio con curas.
El fín es conseguir una correcta asistencia médica entre Atención Primaria y Especializada, para obtener un uso adecuado de los recursos sanitarios con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y del coste sociosanitario.
El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que coordinará con Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2
Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. Reunión Grupo de trabajo 1 vez al mes o Meses: 1-2-3
Redactar Protocolo. Meses: 4-5
Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10
Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Elaboración del protocolo: SI
2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si
3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con curas al año.
4. Porcentaje de pacientes con correcta cicatrización de las heridas =80%.
Porcentaje de pacientes que han precisado nuevo ingreso para curas < 20%.
5. Satisfacción del paciente al final del tratamiento. Encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración estimada de elaboración del protocolo hasta su aplicación y puesta en marcha de

Proyecto: 2016_1273 ()

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

12 meses. Fecha prevista de inicio Abril de 2017, fecha prevista finalización abril 2018. Responsable de su implantación Dra Soguero Valencia
Actividades 2017-2108:
1. Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares: Abril 2017
2. Contactar y coordinar con responsable de Hospital de día: Abril 2017
3. Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales: Mayo-Junio-Julio 2017
4. Reunión responsables y Diseño protocolo: Julio-Septiembre 2017
5. Redactar Protocolo: Septiembre-Octubre-Noviembre 2017
6. Consensuar con todos los miembros del Servicio. Correcciones: Enero 2018
7. Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet: Febrero 2018
8. Puesta en marcha del Protocolo: Marzo-Abril 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1065 ()

1. TÍTULO

HACIA LA PROFESIONALIZACION DEL CELADOR. ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION QUILEZ LIZARRALDE
· Profesión ..... CELADOR/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ASUNTOS GENERALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN PEREZ JESUS ALBERTO. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· JOU GARRIDO YOLANDA. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· JUDEZ ALEJANDRE NOELIA. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· CHINCHILLA RODRIGUEZ MARIA JESUS. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· CARASUSAN ESCUDERO CAROLINA. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· PASCUAL LORRIO MARIA JOSE. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· SANMARTIN ARTIGAS ESTHER. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La categoría de Celador pasa a ser, dentro de la Función Pública, una categoría profesional sin cualificar. No obstante, las actividades asistenciales diarias dentro de un centro sanitario, van adquiriendo un mayor desarrollo, mejoran las técnicas empleadas en los servicios donde se desarrollan las funciones y el trabajo en equipo adquiere una relevancia importante. Se hace necesaria la acreditación de las competencias adquiridas a lo largo de la vida laboral. El contexto laboral es propicio, la mayoría de la plantilla de celadores cumple los requisitos exigidos para obtener el Certificado de Profesionalidad, experiencia laboral de dos años o un mínimo de 1.200 horas trabajadas en los 10 últimos años y 200 horas de formación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Preparar al personal completando y adecuando su formación a las competencias profesionales recogidas en el Real Decreto 1790/2011,que establece la Cualificación profesional y publicada en el BOE de 19-01-2012.
Mantener con los Hospitales del SALUD vías de trabajo.
Mantener con la “Agencia de las Cualificaciones Profesionales de Aragón” una vía de trabajo, para hacer posible la Cualificación Profesional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones informativas¿ en qué consiste la Cualificación Profesional?
Puesta en marcha de las unidades formativas recogidas en la legislación sobre Cualificación Profesional.
Contacto con los Hospitales del SALUD, y establecer cauces de colaboración conjunta.
Contacto con la Agencia de las Cualificaciones Profesionales de Aragón, para abordar la Acreditación Profesional para Celadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estudiar nivel de formación de partida.
Evaluación continua: identificar el progreso.
Evaluación final: consecución del nivel de competencia suficiente.
Evaluación interna para valorar si con la acción formativa se han conseguido la mejora de los trabajadores a la hora de desarrollar las competencias y capacidades propuestas en los objetivos.
Cuantificación porcentual de dificultades encontradas en la interacción con otros Hospitales y Agencia de las Cualificaciones Profesionales de Aragón.
Análisis de la realidad y nuevas estrategias a abordar en un futuro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hasta diciembre de 2017. Propuesta de continuidad.
Noviembre- Diciembre 2016:
P Sesiones Informativas a los celadores
Contacto con Agencia de las Cualificación Profesionales de Aragón, propuesta de futuras convocatorias de Acreditación Profesional.
Contacto con otros Hospitales.
Puesta en marcha de las acciones formativas.
Febrero 2017: Inicio de acciones formativas.
Mayo 2017: Evaluación de acciones formativas y colaboración de los agentes externos a involucran en el Proyecto.
Diciembre 2017- Evaluación final.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_1065 ()

1. TÍTULO

HACIA LA PROFESIONALIZACION DEL CELADOR. ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1031 ()

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

2. RESPONSABLE ..... MARCELINO SANCHEZ PARRILLA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El inicio del proyecto fue la puesta a punto de la metodología para la preservación de la fertilidad en mujeres oncológicas que van a recibir tratamientos gonadotóxicos. Para ello se optimizaron los tiempos de permanencia de los ovocitos en los medios de criopreservación hasta lograr una tasa de supervivencia de ovocitos óptima tras la desvitrificación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En la continuación del proyecto nuestro objetivo es la implantación en la rutina diaria del laboratorio ya que forma parte de la cartera de servicios de Bioquímica Clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Con la puesta a punto del método y la elaboración del procedimiento de trabajo para la criopreservación de ovocitos las actividades a desarrollar son:
1. Selección de las mujeres candidatas a preservación oncológica en colaboración con los servicios de Oncología y Reproducción.
2. Implantación del proceso en la rutina diaria de la unidad
3. Evaluación de los resultados anuales
4. Mejora del procedimiento de trabajo si procede en función de los resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Indicador: Tasa de ovocitos atrésicos (no óptimos).
Cálculo: Número de ovocitos atrésicos/Número de ovocitos totales vitrificados.
Evaluación anual.
2. Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.
Evaluación anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2016 – Junio 2017 Inclusión en la rutina diaria del laboratorio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1038 ()

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUMS. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO RUIZ SARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· SANCHEZ GARCIA GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· RODRIGUEZ VALLE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet acreditado según normal UNE-EN ISO 15189 por ENAC desde 2009 mantiene y amplía el alcance en distintas áreas del Servicio. En concreto, la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida comenzó el año pasado con la implantación de un sistema de gestión de calidad.
La fase preanalítica se divide en varias etapas: petición analítica, preparación del paciente, obtención y recogida de muestras, transporte y conservación. La frecuencia de errores en la etapa preanalítica es importante, según varios autores representan entre 46 al 68,2% del total de errores en el proceso del laboratorio (Plebani 2006). La sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida presenta unas características diferentes al resto de áreas del Servicio de Bioquímica Clínica debido a que al ser centro de referencia se reciben numerosas muestras de distintos hospitales y centros sanitarios de toda la Comunidad Autónoma de Aragón. En el área preanalítica de genética se han detectado un elevado número de incidencias (falta de datos demográficos del paciente, no consta nombre del clínico y/o servicio peticionario, falta de datos clínicos, error en el tipo de tubo extraído, entre otros) que son esenciales para poder llevar a cabo el adecuado estudio genético (datos clínicos, tipo de tubo extraído) y para que el clínico solicitante y el paciente puedan recibir el informe genético final y el asesoramiento genético correspondiente en nuestra consulta (datos demográficos del paciente, nombre del clínico y/o servicio peticionario). Por tanto, es necesario llevar a cabo medidas que disminuyan estas incidencias y así reducir el elevado tiempo que el personal dedica a solucionarlas y las importantes repercusiones que conllevan para el paciente cuando no se consiguen solucionar.
La oportunidad de mejora es el seguimiento del proceso ya iniciado en la fase preanalítica, la implantación de medidas para reducir las incidencias preanalíticas y la ampliación del proceso a otras fases.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Durante el año anterior se ha implantado un sistema de gestión de calidad en la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida con sus correspondientes listados de personal y equipos, cualificación del personal, registros, etc. Se espera conseguir:
Continuar con el proceso en la fase preanalítica y ampliarlo.
Llevar a cabo una serie de medidas para reducir el elevado número de incidencias preanalíticas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Una vez analizadas las incidencias preanalíticas más frecuentes se ha decidido:
a. Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales.
b. Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra.
c. Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación.
2. Revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida y finalización de su desarrollo.
3. Formación del personal implicado en todo el proceso.
4. Elaboración de indicadores de calidad, registro, evaluación y mejora de los mismos.
5. Gestión de No conformidades, acciones correctivas y preventivas.
6. Evaluación de las medidas llevadas a cabo sobre el número de incidencias preanalíticas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Indicador: Actualización de las hojas de petición de genética.
Estándar: Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos
Evaluación: Diciembre 2016

2. Indicador: Formación del personal implicado en el proceso.
Estándar: Nº de personas cualificadas/nº de personas implicadas en el proceso > 95%
Evaluación: al final del proyecto

3. Indicador: Cumplimentación de los registros.
Estándar: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la cumplimentación de los registros < 5%).

Proyecto: 2016_1038 ()

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUMS. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Análisis: mensual
Evaluación: bimensual

4. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de preanalítica.
Estándar: El porcentaje de incidencias disminuye en un 10%.
Análisis: mensual
Evaluación: semestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma:
Octubre – Diciembre 2016: actualización de las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales y definición de los campos obligatorios a cumplimentar.
Diciembre 2016 – Enero 2017: información a los distintos centros.
Noviembre 2016 – 2017: registro de los indicadores y evaluación de los mismos.
2017: Evaluación del proyecto y elaboración de la memoria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1076 ()

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· GARCIA GONZALEZ ELENA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· RELLO VARAS LUIS. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.
Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
6.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fase Pre-analítica:
1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 25ºC. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%
4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días
Fase Analítica:
9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%
Fase Post- analítica:
11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

Proyecto: 2016_1076 ()

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Septiembre 2016
Fin: Junio 2017
Auditoría interna: Noviembre 2016
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 – Enero 2017.
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 – Diciembre 2016
Revisión del sistema de calidad: Abril 2017
Auditoría externa: Diciembre 2017
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 – Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Acreditación Laboratorios
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1036 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA DE PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

2. RESPONSABLE ..... ROSA GRACIA MATILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· LASIERRA MONCLUS ANA BELEN. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· FALCON JIMENEZ DANIEL. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· BARRACHINA CARRANZA SUSANA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Bioquímica está inmerso en un proyecto de mejora basado en la filosofía LEAN que se inició durante los meses de octubre y noviembre de 2015. En un inicio se diseñaron las líneas estratégicas del servicio y se identificaron las principales áreas de trabajo. Las áreas elegidas para la mejora fueron: Preanalítica, Bioquímica General (Cadena), Urgencias y la Sección de Orinas y Litiasis. En cada área, cada grupo de trabajo ha desarrollado diferentes metodologías de trabajo en busca de la mejora. El equipo de Preanalítica es el que ha abarcado un proyecto más amplio y que implica mayores modificaciones en los procesos de la fase preanalítica. Se aplica el método KAIZEN, que consiste en realizar cambios en el proceso que den lugar a un salto estructural en la mejora continua. Actualmente el área de preanalítica tiene un espacio limitado en el que se reciben todas las muestras extraídas en las plantas de hospitalización, consultas externas, neveras de los centros de atención primaria y de otros centros hospitalarios. Todo ello en un corto espacio de tiempo que concentra una elevada intensidad de trabajo y que genera en ocasiones deficiencias en el proceso. Estas deficiencias pueden ocasionar pérdida de la estabilidad de las muestras, alteración de los parámetros a medir y por tanto unos resultados no valorables que provocan un perjuicio a la seguridad del paciente.
Este proyecto se realiza en paralelo y en consonancia con la acreditación según la norma UNE EN ISO 15189.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo principal es optimizar los flujos de trabajo en el área de preanalítica, organizar la sistemática en la recepción de muestras de los centros de atención primaria, reducir la incidencia de errores, eliminar las tareas que no aportan valor al proceso y en general reducir el tiempo del proceso preanalítico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las tareas que se van a a desarrollar son:
1. Programa de reorganización de flujos y operaciones
2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario
3. Optimización de la centrifugación (interno/externo)
4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras.
5. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes)
6. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria
7. Reorganización de roles/jerarquía
8. Ingeniería de movimiento de carros de muestras
9. Análisis y protocolos de gestión de errores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo. Se evaluará la reducción de las puntas de trabajo en la llegada de neveras.
2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados). Se han medido antes de la puesta en marcha de los cambios y se evaluarán al finalizar el proyecto.
3. Número de llamadas telefónicas
4. Reducción de errores e indicencias en la gestión de muestras

Se realizan reuniones periódicas, semanales (duración breve) para evolución del proyecto y trimestrales para profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Julio 2016
Fin: Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1036 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA DE PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0306 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL NAVARRO SABRINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· LUIS LOBERA SARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CABEZON PEREZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· URZAINQUI ZABALZA OFELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· PUEYO ANDREA VERONICA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· GARCIA PRIETO ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· PRADAS OTAL MONICA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las principales organizaciones de salud (OMS, OPS, Comité Europeo de Sanidad), agencias y organismos internacionales (AHRQ, NPSA, ACSQHC, OCDE) han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. Todas ellas coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.

Las áreas quirúrgicas, son unidades complejas, multidisciplinares, donde nos enfrentamos con relativa frecuencia a situaciones críticas.
Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.

Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos anestésicos, ya que los técnicas a aplicar y los esquemas de administración de fármacos son complejos y variados, lo que facilita la aparición de errores.
El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar.
Protocolizando las técnicas más habituales en anestesia conseguiremos mejorar y actualizar nuestros conocimientos para ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:

? Garantizar un cuidado integral, seguro y de calidad del paciente quirúrgico anestesiado.

Específicos:

• Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
• Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
• Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto específico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar.
- Implementar y evaluar el proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas.

- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.

Proyecto: 2016_0306 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Nº de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados´

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica – Diciembre 2016 – Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos – Abril 2017 – Junio 2017
- Implementar y evaluar – Julio – Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Quirurgico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0355 ()

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... SARA LUIS LOBERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· BADESA PEÑA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· SERRANO PELLICER SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· QUILEZ FRAJ ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· TRASOBARES GRACIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los principales retos que afronta la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es dar una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población, cada vez más exigente, en el marco de las limitaciones impuestas por el contexto económico y presupuestario.

Esta respuesta de calidad, frente al complejo proceso de toma de decisiones sanitarias, se ve dificultada, aún más, por la constante aparición de nuevas tecnologías, nuevas formas de trabajo y por la diversidad de criterios asistenciales para atender una misma condición clínica.

Durante los últimos años, probablemente bajo la influencia de la filosofía de la medicina basada en la evidencia, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas.
Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario de nuestra organización.

De esta necesidad, surge la idea de protocolarizar las diferentes intervenciones quirúrgicas en las que colaboran los equipos de enfermería.
La idea es poder desarrollar protocolos de enfermería en el bloque quirúrgico, realizados por y para profesionales de enfermería, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a dichos profesionales, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y a que la atención proporcionada a los pacientes quirúrgicos sea cada día de más calidad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:

? Garantizar la calidad y la mejora continua de los cuidados de enfermería en el bloque quirúrgico.

Específicos:

• Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
• Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.
• Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
• Conducir la atención de enfermería en la dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
• Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto especifico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta.
- Implementar y evaluar el proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas priorizadas.
- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados´

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016

Proyecto: 2016_0355 ()

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Priorización, análisis y revisión bibliográfica – Diciembre 2016 – Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos – Abril 2017 – Junio 2017
- Implementar y evaluar – Julio – Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Quirurgico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0356 ()

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

2. RESPONSABLE ..... LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLLADO VILLAVERDE SORAYA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CHUECA TORAL LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CARCAVILLA SARRATO SARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· PLANAS SERRANO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· NOVEL CARBO LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· SERRANO BERITENS CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La sociedad e incluso muchos profesionales consideran que los equipos de enfermería que trabajan en las áreas quirúrgicas realiza una labor muy técnica en la que hay poco tiempo para prestar cuidados. Se precisan conocimientos, actitudes y habilidades técnicas en cirugía pero además estar capacitado para desarrollar un juicio crítico y tener habilidades intelectuales para que la relación enfermera-paciente esté sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente. Siguiendo a Bernard y Sandelowski, “La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientales tecnológicos. Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente para poder poner en marcha un programa individualizado y humanizado de cuidados de enfermería durante todo el proceso quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:

? Proporcionar una atención, a los pacientes que requieren una intervención quirúrgica, que satisfaga sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados y humanizados basados en el Modelo de Virginia Henderson
Específicos:
• Concienciar a los profesionales de enfermería acerca de la necesidad de mejorar la forma de interactuar con el paciente en el momento de la valoración enfermera durante el proceso quirúrgico.
• Integrar la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua.
- Estudio observacional sobre la aplicación del proceso de valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia del proceso de valoración enfermera en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Nº de profesionales que realizan la valoración enfermera siguiendo el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica –Diciembre 2016 – Enero - Febrero
- Integrar el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos
Marzo 2017- Mayo 2017
- Estudio observacional sobre la valoración enfermera preoperatoria.
Junio 2017 – Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0356 ()

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Quirurgico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0357 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTESINOS TORTOSA LUCIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· LOPEZ ARTAL LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· VALLE TAJADA MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· MARTINEZ MORERA NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· GREGORIO PEREZ EVANGELINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CATALAN GARCIA LARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial.
Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos.
Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgica es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

• Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
• Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
• Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higienes de las manos quirúrgicas.
• Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
• Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Revisón bibliográfica –Diciembre 2016 – Febrero 2017
- Elaboración del programa visual – Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas – En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos –Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Proyecto: 2016_0357 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Quirurgico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP)

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CORDON RUIZ RUBEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas). El ingreso, además del coste siempre más elevado que la atención ambulatoria (para el paciente, sus familiares, el sistema sanitario y la sociedad), supone una serie de riesgos para la seguridad del paciente inherentes a la estancia en un hospital (infecciones nosocomiales, iatrogenia, episodios de delirium en ancianos, desacondicionamiento físico etc...).
El control y estimación del numero de ingresos evitables puede ser el primer paso para la puesta en marcha de medidas para evitarlos y, por tanto, la mejora en la atención dispensada a nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estimar de manera empírica el número de hospitalizaciones en nuestro servicio que pueden considerarse innecesarias según los estándares internacionales.
Determinar las causas de estas estancias innecesarias.
Orientar la puesta en marcha de medidas para evitar estancias hospitalarias innecesarias en nuestro servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un muestreo aleatorio estratificado entre los ingresos de los años 2014 y 2015. Se obtendrá una muestra de estancias suficiente para que la potencia estadística permita estimar con fiabilidad el numero de ingresos evitables en la totalidad de los mismos.
Se utilizará para la evaluación de los casos el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) utilizado en los estudios de la literatura internacional al respecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará un estudio transversal de la muestra seleccionada eliminando los casos en los que la historia no sea accesible o este incompleta para permitir una valoración adecuada.
Se calificarán los casos como ingreso inadecuado o adecuado. Se intentarán sacar conclusiones en cuanto a las variables predictoras o circunstancias relacionadas que pudieran favorecer estas estancias evitables, con vistas a intentar orientar las medidas a tomar.
Se remitirá un informe sobre los hallazgos a la jefatura del Servicio y se expondrán en una sesión conjunta del los miembros del mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre-Diciembre: Diseño de la muestra y obtención de los casos.
Enero-Marzo: Análisis de los casos.
Mayo. Estudio estadístico.
Junio: Informe con propuestas a tomar.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Eficiencia en el Uso de Recursos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... NAIARA CALVO GALIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLORIZ SANJUAN TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· DIAZ CORTEGANA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ASSO ABADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Electrofisiología es una especialidad de Cardiología que ha sufrido una notable evolución en los últimos años. Ello ha propiciado el desarrollo de nuevas tecnologías y nuevos procedimientos diagnósticos y terapeúticos en el campo de las arritmias cardíacas. Como consecuencia de este desarrollo, un número creciente de pacientes son sometidos a estas intervenciones, pacientes que ingresan en las plantas de Cardiología o bien son remitidos desde otras plantas de hospitalización. Es necesario, por tanto, divulgar entre los diferentes estamentos sanitarios los cuidados preoperatorios básicos que estos enfermos deben seguir con el fin de mejorar la eficacia y seguridad de este tipo de procedimientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del presente proyecto es promover el conocimiento de las diferentes técnicas inervencionistas y establecer las medidas preoperatorias a seguir en el paciente que va a someterse a un procedimiento por la Unidad de Arritmias. Dicho objetivo tiene como finalidad mejorar la eficacia y eficencia del cuidado de estos enfermos y reducir el riesgo de complicaciones asociado a estos procedimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas previstas para establecer el protocolo son las siguientes:
- Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Elaboración del protocolo
- Aprobación por la Comisión de Tecnología
- Publicación en intranet
- Presentación oficial del protocolo al Servicio
- Puesta en marcha del protocolo
- Evaluación de resultados
- Propuestas de mejora

Los responsables de la divulgación y correcta puesta a punto de dicho protocolo son los médicos de la Unidad de Arritmias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores de proceso:
A. cumplimiento del protocolo de asistencia pre-intervención por parte de las plantas de hospitalización
- Indicadores de resultados:
A. tasa de complicaciones derivadas del no cumplimiento del protocolo
B. Porcentaje de procedimientos suspendidos o demorados como consecuencia de una incorrecta preparacion del paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha prevista de inicio sería inmediata.
El calendario previsto de actuaciones es el siguiente:
- Octubre 2016: Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Octubre 2016: Elaboración del protocolo
- Noviembre 2016: Aprobación por la Comisión de Tecnología
- Noviembre-Diciembre 2016: Publicación en intranet
- Noviembre-Diciembre 2016: Presentación oficial del protocolo al Servicio
- Noviembre, diciembre 2016: Puesta en marcha del protocolo
- 2017: Evaluación de resultados -
- 2017: Propuestas de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA MORENO ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· AURED GUALLAR MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La necesidad de la digitalización de los laboratorios de ecocardiografía va en paralelo con la expansión de la técnica merced al desarrollo tecnológico. Con la instalación del Sistema de Ecocardiografía Digital de la sección de Pruebas funcionales de Cardiología del HUMS se pretende conseguir los siguientes objetivos;
1.Mejora la calidad diagnóstica, Agiliza el proceso asistencial del HUMS: En la cita del paciente para ecocardiografía, en la adquisición de la imagen, en la elaboración del informe y su transcripción, en la distribución y disponibilidad de la Imagen e informe para los peticionarios, en la implantación y acceso a protocolos, guías clínicas y plantillas predefinidas para la ayuda al informando, en el establecimiento de interconsustas, en mejorar la conexión con otros hospitales y niveles asistenciales, en la integración de información y documentación complementaria procedente de otros Servicios documentales
2.Apoyo a la gestión de la actividad de ecocardiografía, obtener estadísticas adecuadas, reducir la perdida de información o su tiempo de búsqueda,

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El sistema de digitalización se encargará de:
•Entrada y registro de peticiones y datos de paciente. El sistema tendrá la capacidad de recepcionar las peticiones que llegan al Laboratorio de Ecocardiografía mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.
•Planificación y citaciones de paciente y exámenes. Se realizará la citación de pacientes en el HIS del HUMS, para después trasmitir dichos datos de citación al sistema de ecocardiografía (ver apartado integración) Valorar servicios web para enviar solicitudes de pruebas de ecocardiografía. Se puede planificar horario con el servicio DICOM-Worklist.
•Datos de examen: Datos asociados al estudio, códigos del examen, fungibles utilizados…
•Gestion de informes: el sistema facilitará toda la información necesaria en relación con el paciente y el estudio. Los informes incluirán unos o mas campos de codificaciñon de diagnóstico, como ICD (Internacional Classification of diseases), listas de codificación de cardiopatías y procedimientos (AEPC:EPCC y de la SYS/EACTS o definidos por el usuario. Valora utlización SNOMED CT.
•Generación de listados Listados de trabajo de cada una de las actividades del departamento.
•Estadísticas: Peticiones, servicios solicitantes, tipos de examen, equipos de imagen, materiales utilizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha iniciado ya la primera parte del proyecto gracias al soporte de informática. El soporte de red local utiliza los elementos centrales del PACS (Almacenamiento, ordenadores, estaciones de diagnóstico), ya se ha indicado su configuración y extensión, así como la arquitectura de conexión a la red general del HUMS que se propone. El acceso a las imágenes se realizará desde cualquier estación. El sistema PACS debe también admitir las estaciones. Ya se han realizado los requisitos necesarios de instalación de las salas donde se ubiquen los procesadores centrales y archivos localizados en la sección de Ecocardiografía localizado en la planta baja del edificio Multifuncional del HUMS. Ya se ha organizado con el servicio de Informática el funcionamiento del sistema de almacenamiento de imágenes y procedimientos de copia de seguridad y recuperación del sistema después de incidencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con la digitalización podremos estar conectados con los servicios de Cardiología, hemodinámica y cirugía cardiaca
Monitorizaremos la inclusión de las distintas salas y ecógrafos incorporados a la red.
Se monitorizará la inclusión de informes en la Historia clínica electrónica del SALUD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se ha iniciado ya la incoporación de nuevas redes de internet en las distintas salas de la sección para iniciar el proceso de digitalización
Se irán programando los distintos ecografos para que integren en las Work list desde el HIS/RIS de HUMS y se iniciarán pruebas de envío de estudios al PACS
En enero se iniciará las pruebas para incorporar los informe en Historia clínica electrónica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

Proyecto: 2016_0438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0492 ()

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA PEDRERA ROMAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAZ OLIVAN ALEXANDRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MELCHOR PEREZ PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAPLANA MIGUEL OLGA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CALONGE ROY LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· GRACIA GIMENO CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PALACIN LARROY AINHOA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Ante la falta de un instrumento para la unificación de criterios con respecto al manejo del dispositivo, surge la necesidad de la elaboración de un protocolo que facilite una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería, mejore su efectividad e incremente el grado de satisfacción del usuario.
Es importante que haya unas pautas de actuación del personal de enfermería para que sirva de referencia en la formación del personal que se inicie en este área y de actualización del ya experimentado, en busca de la excelencia asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Favorecer el desarrollo profesional mediante la ampliación de conocimientos.
- Unificación de cuidados enfermeros orientados a pacientes portadores de Holter insertable.
- Ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.
- Aumento de la seguridad y confianza del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas previstas serán la elaboración de un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster. Se complementará con cursos de formación tanto a profesionales como a usuarios.
Se llevará a cabo por el personal de enfermeria del servicio de cardiologia con los conocimientos suficientes en la materia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores y su forma de obtención de datos:
* Nº personal sanitario formado / Nº personal sanitorio total x 100 : mediante formularios de evaluación de conocimientos
* Nº pacientes que obtienen los cuidados según protocolo / Nº total de pacientes que obtinen cuidados x 100 : a través de los planes de cuidados de enfermería.
* Nº usuarios portadores de holter insertable formados / Nº usuarios total portadores de holter insertable x 100 : por medio de entrevista con el paciente acerca de sus conocimientos previa alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inició en Octubre de 2016 y la duración aproximada será de un año. Durante este período de tiempo se realizará un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0546 ()

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... DANIEL LOPEZ SANGÜESA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALO GREGORIO VANESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ARTAJONA MATA ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· IBAÑEZ PINA MAITE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ SIMON MARIA ESTER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTIN TELLO PURIFICACION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PEREZ USON MILAGROS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes que padecen trastornos del ritmo cardiaco en la actualidad van a ser sometidos a una gran variedad de procedimientos invasivos y no invasivos con fines diagnósticos y/o terapéuticos en las unidades de electrofisiología y/o arritmias, dentro de los cuales se integran los estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica.
Estos pacientes antes y después de dichos procedimientos van a ser atendidos en unidades de enfermería hospitalaria donde deben recibir unos cuidados muy específicos dirigidos hacia una preparación idónea antes del desarrollo del procedimiento y hacia una prevención y/o actuación rápida ante posibles complicaciones posteriores.
En estos últimos años con la creación de nuevas unidades de electrofisiología en nuestra comunidad ha aumentado el número de pacientes a los que se les desarrollan estas técnicas y el número de nuevas técnicas gracias a la “súper especialización” en la electrofisiología intervencionista.
En las diversas unidades de enfermería de hospitalización cardiológicas hemos detectado dudas en la práctica diaria sobre la atención de dichos pacientes y variabilidad en los cuidados prestados por parte de enfermería, por lo que vimos una oportunidad de mejora. A las cuales sumamos la existencia de variación del personal que atiende a estos pacientes, debido a la incorporación de nuevos miembros de la unidad que necesitan ser formados y apoyados en el cuidado especifico de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBEJTIVO GENERAL
- Unificar criterios en la actuación del personal de la propia unidad en la atención del paciente cardiaco pre-post procedimientos de electrofisiología intervencionista (estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica).

OBJETIVOS ESPECIFICOS
- Establecer una guía de actuación para personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación.
- Enumerar las diferentes intervenciones de enfermería a realizar en estos pacientes.
- Crear fichas ilustrativas del plan de atención como herramienta de apoyo al trabajo diario en la unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica.
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichas técnicas.
4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora.
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas para facilitar así el trabajo de diario.
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Evaluación de los cuidados prestados : mediante la valoración de los 10 ítems más representativos del cuidado prestado a dichos pacientes valorando así las historias clínicas de una muestra seleccionada.
- Evaluación de la formación: calculando él % de profesionales de la unidad y de nueva incorporación que ha sido instruido.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos intervencionistas de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica. Octubre-Noviembre de 2016
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad de hospitalización. Diciembre – Enero de 2016/17.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichos procedimientos de electrofisiología intervencionista. Diciembre – Enero de 2016/17.

Proyecto: 2016_0546 ()

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora. Febrero-Marzo 2017
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas. Abril- Mayo 2017
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes. Junio de 2017.
7. Evaluación de la formación. Septiembre – Octubre de 2017
8. Evaluación de los cuidados prestados: Septiembre – Octubre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteracion del ritmo cardiaco
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0566 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTER MARTINEZ SIMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PEREZ USON MARIA MILAGROS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PEDRERA ROMAN VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SAZ OLIVAN ALEXANDRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAPLANA MIGUEL OLGA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MELCHOR PEREZ PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTIN TELLO PURIFICACION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS NUEVAS TÉCNICAS DE IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS (D.A.I./D.A.I.SUBCUTÁNEOS Y MCP TRICAMERALES), LLEVADAS A CABO EN EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA, Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN ESTOS PACIENTES.

AUMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO DE LA DIVERSIDAD DE DISPOSITIVOS Y EL NÚMERO DE IMPLANTES QUE SE REALIZAN EN DICHO SERVICIO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES A LOS QUE SE LES IMPLANTA UN D.A.I/M.C.P. TRICAMERAL
.
AUMENTAR LA CALIDAD DE DICHOS CUIDADOS TANTO ANTES COMO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ASÍ COMO REALIZAR UN REGISTRO DE LOS MISMOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. AUTOFORMACIÓN.

ELABORACION DE PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ELABORACIÓN DE UN LISTA DE CONTROL (CHECKLIST) DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE.

REALIZACIÓN DE PÓSTERS Y SU EXPOSICIÓN EN LA UNIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nºde profesionales de enfermería formados
_____

Nº de profesionales de enfermería de la unidad

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

Nª DE "CHECKLIST" COMPLETADOS

Nª DE IMPLANTES REALIZADOS

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO: OCUBRE 2016 : ACREDITACIÓN DE CURSO DE FORMACIÓN DE IMPLANTES DE ELECTROFISIOLOGÍA.
CONTINUADO: REGISTRO DE CUIDADOS A PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS.
NOVIEMBRE 2016: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS REALIZADOS POR ENFERMERÍA Y PRESENTADOS EN LAS "II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA" (MAYO 2016).
REVISIÓN DE PROTOCOLOS PARA SU ACTUALIZACIÓN.
REALIZACIÓN DE UN LISTADO DE CUIDADOS PRE/POST IMPLANTE PARA REGISTRO DE LOS MISMOS.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Optimizar y estandarizar los cuidados del paciente al que se le implanta un desfibrilador o un marcapasos .Mejorar la comunicación entre los distintos profesionales involucrados en la atención a estos

Proyecto: 2016_0566 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

pacientes.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con transtornos del ritmo y/o de la contractibilidad cardiaca.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0668 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER SALAZAR GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CORDON RUIZ RUBEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La información al alta del paciente coronario respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo, revisiones posteriores,.. era generalmente verbal o bien escrita pero no individualizada a las características de cada paciente. Consideramos de gran importancia el mejorar esta información y poder darla por escrito individualizada para implicar más al paciente en el cuidado de su salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir dar al alta del paciente coronario una información respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo,revisiones posteriores,.. escrita individualizada a las características de cada paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el año 2015-2016 se creó un grupo representativo de las unidades de Hospitalización de los Servicios de Cardiología de Zaragoza. Se consensuaron en este grupo los textos para cada aspecto de la información al alta del paciente coronario. Se consensuaron los textos durante el año 2015-2016 y se diseñó un programa informático llamado PCVIA que proporciona un texto general común a todos los pacientes: recomendaciones generales sobre dieta, controles analíticos y revisiones médicas recomendadas. Seguidamente se pueden introducir textos de acuerdo a las características individuales del paciente respecto a conducción, tabaco, dieta, pérdida de peso, actividad física, control TA y control Dm. Finalmente se obtiene un texto que es individualizado para cada paciente. Tras diseñar el programa se instaló en las unidades de hospitalización de Cardiología y se comenzó su utilización, logrando un alto nivel de satisfacción entre los cardiólogos que lo utilizan y los pacientes que reciben la información.

El objetivo actual es continuar la mejora de este proyecto:

1.- Recabar de cardiólogos que han utilizado el programa y de los pacientes que han recibido la información sugerencias, aspectos mejorables del mismo. Responsables: Luis Miguel Alvarez de la Fuente y María Lasala Alastuey
2.- Realizar reuniones del grupo interhospitalario para consensuar los cambios/mejoras en el programa. Responsable: José Javier Salazar González
3.- Implementar los cambios en el programa informático PCVIA. Responsable: José Javier Salazar González
4.- Valorar las mejoras realizadas y valorar el grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan y de los pacientes que reciben la información. Responsable: Juan Carlos Porres Azpiroz

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Grado de utilización del programa en el paciente al alta de un síndrome coronario: Porcentaje de pacientes en los que se utiliza el programa para dar la información de una muestra de pacientes dados de alta.
-Grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.
-Grado de satisfacción de los pacientes que reciben la información: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio proyecto: 15/10/2016 a 15/10/2017

Calendario: Cronograma

Octubre-Diciembre 2016: Analizar posibles mejoras o nuevos aspectos a incluir en el programa informático PCVIA

Enero-Marzo 2017: Consensuar los cambios a realizar o los nuevos textos a incluir con todos los servicios de Cardiología de Zaragoza. Realizar las modificaciones en el programa informático.

Abril-agosto 2017: Difusión de los cambios realizados a la totalidad de cardiólogos de las unidades de hospitalización. Comenzar la utilización del programa con las modificaciones realizadas.

Proyecto: 2016_0668 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Septiembre-Octubre 2017: Analizar la satisfacción de los médicos cardiólogos que utilizan el programa y de los pacientes que reciben la información.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0940 ()

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

2. RESPONSABLE ..... NATALIA DE CASAS HERRANDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MACIAS MARIN LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· FURRIEL ARANDA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CALVO GALIANO NAIARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con el crecimiento de la unidad de Electrofisiología cardiaca y la implantación de un mayor y diverso tipo de procedimientos, vemos oportuno mejorar la comunicación con el personal de enfermería responsable de nuestros pacientes en la planta. Dada la variabilidad de accesos utilizados durante las intervenciones en la sala, es preciso plasmar los utilizados en cada procedimiento en algún registro que permita un seguimiento individualizado de cada paciente. Evaluando los registros utilizados hasta el momento en la unidad se observó la necesidad de ampliar los datos que en ella se recogían puesto que a la llegada del paciente a planta podían surgir dudas que repercutían directamente en los cuidados recibidos por el paciente: tipo de acceso (arterial o venoso), tiempo necesario de reposo, reinicio de la anticoagulación, presencia o no todavía de introductores... Así pues, se planteó la realización de un nuevo registro de enfermería ampliado para la mejora de la comunicación entre servicios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera con esta propuesta una mejor comunicación entre los servicios de hospitalización y el servicio de electrofisiología cardiaca tratando de mejorar con ello la atención del paciente, su más pronta rehabilitación y acortar la estancia y gasto hospitalario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantea el diseño de una hoja de registro único para las actividades intervencionistas mediante catéter llevadas a cabo en la unidad. En ella, se constatará el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indicara tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Estas opciones vendrán ya presentadas en la hoja de registro, de forma que el profesional encargado de rellenar la misma solo tenga que marcar los ítems necesarios, facilitando así el registro y la rápida visualización de los mismos por parte del personal que la reciba en planta. Además, en la hoja se incluirá un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento, el reinicio de la anticoagulación oral en caso necesario y las constantes vitales del paciente a su salida de la unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El cuerpo de la hoja de registro se rellenara mediante la selección de ítems, se dará por satisfactorio un registro mínimo del 75% de los mismos, la evaluación del sistema se realizara al menos cada 6 meses, pudiendo al mismo tiempo replantearse nuevas opciones o indicadores a tener en cuenta para la mejora tanto del registro como de la forma de realizarse.
Al mismo tiempo, aproximadamente cada 6 meses se procederá a pasar una encuesta entre los profesionales de los servicios de hospitalización con los que se relaciona la unidad, de forma anónima, para valorar desde su perspectiva la utilidad de los registros y las posibilidades de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se trata de un proyecto a largo plazo con el que se pretende unificar lenguajes y criterios que mejoren la relación entre unidades y una mejor y mayor continuidad de los cuidados de enfermería buscando como objetivo final una mejor calidad de estos.
En diciembre de 2016 se realizaran charlas informativas en la unidad y en los servicios relacionados para presentar la hoja y la forma de complementarla, abriendo a su vez un periodo de sugerencias para posibles modificaciones.
Desde enero de 2017 se procederá a la implantación definitiva de la hoja de registro.
En junio de 2017 se procederá a la primera ronda de evaluación, revisando las historias de los pacientes intervenidos en el primer semestre del año, contabilizando los ítems que se rellenaron en cada intervención, y haciendo llegar a las plantas de hospitalización relacionadas las encuestas de evaluación para conocer el nivel de satisfacción de los compañeros.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_0940 ()

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cardiologia, alteraciones de la conduccion
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0945 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... LAURA MACIAS MARIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE CASAS HERRANDO NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· FURRIEL ARANDA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dado el crecimiento que experimenta la unidad, asi como el aumento de personal y demanda asistencial, y la aparición de nuevas técnicas hacen que se llegue a plantear la necesidad de una reorganización y distribución del trabajo. Por ello, se plantea la necesidad de instaurar una secuencia de pasos a seguir desde el momento de la llegada del paciente a la unidad hasta el inicio mismo de la intervención, quedando registrado además por escrito cada uno de estos pasos.
Se pretende con este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, asi como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad quedando constancia de que los pasos han sido llevados a cabo.
Además, con esto, quedaría reflejado el papel del equipo de enfermería en la unidad.
queremos, de este modo contribuir al cumplimiento de uno de los objetivos prioritarios de los sistemas sanitarios, que es la prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria ya que existen evidencias científicas que certifican que la implantación de listas de verificación de este tipo disminuyen los efectos adversos en el entorno quirúrgico.
En este proceso se ven implicados todos los miembros del equipo asistencial de la unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos poder realizar un cuidado coordinado y ordenado al paciente a su llegada a la unidad de electrofisiología cardiaca, estableciendo asi un protocolo de actuación previo a la intervención. Con esto y la distribución ordenada de tareas en la sala por parte de los profesionales, se pretende una mejora de la calidad asistencial al paciente y un considerable ahorro de tiempo al evitar duplicar tanto información como trabajo, asegurándonos al mismo tiempo de que todas los preparativos han sido correctamente realizados no quedando tampoco ningún dato sin contrastar, favoreciendo la organización del trabajo en la unidad sin sobrecargarla al llevar asociado una sistematización de los procedimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende el diseño de una hoja preformada con una serie de ítems a valorar referentes tanto a la preparación de la sala de intervención como a la preparación del paciente y sus diferencias personales. En ella, se registran 19 items que abarcan desde la llegada del paciente a la unidad (correcta identificación, registro, comprobación de alergias…) a la preparación de la sala y material necesarios para la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación de la correcta implantación de la lista de verificación se llevara a cabo mediante el contaje de los ítems contestados o no en cada procedimiento. Se pretende que estén contestados al menos el 75% de los ítems, se realizara una evaluación periódica cada 6 meses del número de ítems recogidos en cada formulario, con ello, valoramos la implicación del personal en el proceso y la validez del mismo; cada vez que se proceda a esta evaluación se abrirá también un periodo de reflexión de una semana en el que se podrán aportar nuevos ítems que se consideren relevantes o modificar aquellos que carezcan de validez.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende que sea un proyecto a largo plazo puesto que se considera relevante para el funcionamiento de la unidad.
La fecha de implantación de la lista de verificación se prevee para principios del año 2017, dejando el mes de diciembre para la resolución de dudas y posibles modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. seguridad clinica

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cardiologia. arritmias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1042 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE CASTILLO LUEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO ESTEBAN EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOPEZ PERALES CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOPEZ SAMITIER ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario
Miguel Servet realiza actualmente un número muy elevado de pruebas de detección de isquemia mediante ecocardiografía de estrés farmacológico.

La utilización de los diferentes fármacos para la realización de las pruebas de detección de isquemia pueden producir efectos adversos en el paciente en el que se realizan dichas pruebas, existiendo indicaciones y contraindicaciones claras para el empleo de éstos.

Creemos que estableciendo un checklist previo a la realización de la prueba hará más dificil el incluir pacientes en los que la prueba no este indicada o incluso que pudiera estar contraindicada, mejorando así la seguridad clínica en la utilización de estos recursos diagnósticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la seguridad clínica en la utilización de las pruebas diagnósticas de detección de isquemia cardiaca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas (española, europea y americana), y basándonos en ellos, establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Consentimiento informado: el 100% de las pruebas realizadas deberán tenerlo.

2. Checklist: el 100% de las pruebas no deberán tener contraindicaciones absolutas.

3. Checklist: se deberá anotar las pruebas en las que haya contraindicaciones relativas y el motivo por el que se ha reliazdo finalmente la prueba en estos casos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Diciembre 2016-Enero 2017
Fin: Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

2. RESPONSABLE ..... MARTA LOPEZ RAMON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYERZA CASAS ARIADNA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA
· JIMENEZ MONTAÑES LORENZO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA
· PLANCA ARIAS DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA PEDIATRICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ergometría, también conocida como prueba de esfuerzo, es una prueba diagnóstica muy utilizada en Cardiología. Consiste en la realización de ejercicio físico en tapiz rodante mientras se monitoriza el ritmo del corazón y la presión arterial. En Cardiología Pediátrica esta prueba aporta información de la capacidad funcional, evalúa signos o síntomas inducidos por el esfuerzo y la aparición de arritmias o de isquemia.
Es una prueba donde la colaboración del paciente es fundamental por lo que es muy importante explicar al niño y familiares en qué consiste la prueba (monitorización necesaria, tipo de ejercicio, duración aproximada…). Además, previo a la realización de la prueba es importante dar la información necesaria al paciente y/o familiares relativa a la dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. Esta información que se realiza actualmente de forma oral y por distintos profesionales debería de ser completa y uniforme.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aportar la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
- Proporcionar una información clara y uniforme.
- Reducir la ansiedad del paciente y familiares ante la realización de una prueba desconocida que requiere colaboración por parte del paciente.
- Evitar demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría.
Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se les ha solicitado una ergometría desde el inicio del proyecto y comprobar que consta la entrega de la hoja informativa.
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tendrá una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de información y recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0915 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

2. RESPONSABLE ..... JESUS ALBERTO MARTIN PEREZ
· Profesión ..... PERSONAL SUBALTERNO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CELADORES/AS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUNTADAS PEIRO ENRIQUETA. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· HEREDERO MARTA BELEN. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· MILLAN EMBARBA NOEMI. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES
· GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. ASUNTOS GENERALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha observado que la formación destinada al colectivo de celadores se centra básicamente en proyectos formativos destinados a mejorar la movilización de pacientes y evitar lesiones en los componentes de este colectivo profesional. Sin embargo, últimamente estamos detectando que va en aumento la demanda de otro tipo de acciones formativas que complementen a las anteriormente citadas. Cabe destacar entre otras, trato con el paciente, calidad en la atención, confidencialidad, idiomas, informática entre otros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Complementar la formación que los celadores están recibiendo hasta la fecha con nuevos proyectos formativos adecuados a las demandas y necesidades actuales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se pasará una encuesta de necesidades de acciones formativas a todo el colectivo de celadores del HUMS con el objetivo de conocer realmente que acciones formativas y con qué formato son más demandadas. Una vez conocidas estas, se preparará un proyecto de desarrollo de acciones formativas para presentar a los responsables de formación del área II con el objeto de llevar a la práctica dicha formación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En primer lugar, encuesta de detección de necesidades formativas del colectivo de celadores del HUMS.
Posteriormente y en base a los datos revelados por la encuesta, preparar un proyecto con propuesta de acciones formativas destinadas a este colectivo.
En caso de ser aprobado, seguimiento de las acciones comprobando que se ajustan a lo solicitado.
En último lugar, encuesta de satisfacción e informe de los resultados obtenidos.

Porcentaje de respuesta a la encuesta de necesidades.
Número de acciones formativas desarrolladas a lo largo del año.
Porcentaje de acciones formativas que se corresponden con las principales necesidades detectadas (5).
Porcentaje de profesionales que participan en las acciones formativas.
Porcentaje de celadores satisfechos con el programa desarrollado y realizado.
Las acciones se desarrollarán en dos cortes durante un periodo de doce meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El periodo estimado de duración es aproximadamente de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017

Noviembre 2016:
Encuesta de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS.

Noviembre y diciembre de 2016:
Evaluación de los resultados obtenidos y elaboración del informe con las propuestas de acciones formativas detectadas.

Febrero de 2017 a diciembre de 2017:
Se impartirán aquellas acciones aprobadas y desarrolladas a tal efecto.

Junio de 2017:
Evaluación parcial del proyecto con el objetivo de detectar áreas de mejora.

Diciembre de 2017:
Evaluación final del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0915 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE ..... MARTA MATAMALA ADELL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FAÑANAS MASTRAL JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· FRESNEDA ROLDAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· SORRIBAS BERJON FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· VAZQUEZ SANCHO MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y aumento de costes en cirugía cardiovascular. La incidencia de infección esternotomía superficial es de un 2.6 % con una mortalidad del 5%. En el caso de la mediastinitis la incidencia oscila entre un 0,25 a un 4%, sin embargo, la mortalidad es de un 7 a un 20%.
El principal patógeno es Staphylococcus aureus coagulasa negativo. El 80% de infecciones por S. aureus provienen de un origen endógeno (portadores).
Para reducir la tasa de infecciones es importante realizar una correcta erradicación de S. aureus en fosas nasales y además adecuar la profilaxis antibiótica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar la profilaxis antibiótica y erradicación de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS) de la siguiente manera:

- Cribado preoperatorio para SAMR y SAMS. Al menos dos días antes de la cirugía y no más allá más del mes previo a la intervención.

- Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

La profilaxis antibiótica también se modifica:

- Colonización por SARM: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. Se prefiere el uso de teicoplanina frente a vancomicina, ya que esto favorece el cumplimiento adecuado, el tiempo de infusión es más corto y presenta menos efectos adversos.
- Otros objetivos derivados: disminución de las infecciones postoperatorias, disminución de morbimortalidad, reducción de costes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se espera con esta nueva pauta de profilaxis conseguir una disminución de la tasa de infecciones, especialmente aquellas por SARM. Se mejorará la profilaxis antibiótica así como la erradicación de SARM que ya se venía realizando, individualizándola según el paciente sea o no portador de SARM y según riesgos:

- 3 días hospitalizados
- Traslados de otros hospitales
- Tratamientos antibióticos recientes
- Alta incidencia de SARM
- Empleo de prótesis o implantes intravasculares

De esta manera la profilaxis antibiótica a realizar quedará de la siguiente manera:

- En pacientes no portadores de SARM en frotis: CEFAZOLINA
- Pacientes alérgicos a betalactámicos: TEICOPLANINA + GENTAMICINA
- Pacientes SARM positivos o aquellos que se desconozca el SARM y tengan uno ó más factores de riesgo1: CEFAZOLINA + TEICOPLANINA
- SARM positivos + alergia a betalactámicos: GENTAMICINA + TEICOPLANINA

Dosis:
1) CEFAZOLINA: 2g (30-60’ antes de la incisión)
2ª dosis intraoperatoria: 2g a las 4h
Postoperatorio: 1g/8h durante 48h
2) TEICOPLANINA: 600mg (30-60’ antes de la incisión)
2ª dosis: 400mg a las 12h
3) GENTAMICINA: 4mg/kg (30-60’ antes de la incisión)
No requiere re-dosificación

Proyecto: 2016_1494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Para ello se realizarán sesiones informativas de los servicios implicados: cirugía cardiovascular y anestesia, así como con la enfermería de planta, acogida de quirófano y quirófanos de cirugía cardiovascular para divulgar los nuevos cambios en las pautas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de monitorización:

- Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de Staphylococcus aureus. Deberá estar por encima del 80%.
- Proporción de profilaxis antibiótica adecuada > 80 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto inicial de 6 meses. Una vez transcurridos, se analizarán los resultados obtenidos para reevaluar y valorar posibles modificaciones. La fecha de comienzo es el uno de abril de 2017. finalización y reevaluación el 30 de septiembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
corrección proyecto 1426 (ya enviado)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_0584 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO PARA SER CENTRO DE REFERENCIA DE ESTA PATOLOGIA EN LA C.A. DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... ANDRES MONZON ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Patología del Suelo Pélvico afecta a un 24 por ciento de todas las mujeres y esta incidencia aumenta con la edad llegando a ser del 50 por ciento en mayores de 80 años. En la actualidad no existe una Unidad Multidisciplinaria del Suelo Pélvico en toda la Comunidad Autónoma de Aragón que trate de forma global esta patología, lo que es muy importante ya que en un 18-20 por ciento se afectan a la vez los 3 compartimentos viscerales: urinario, ginecológico y digestivo con aparición de prolapsos (cistocele, histerocele, rectocele, enterocele o prolapso rectal) o incontinencias urinaria o fecal

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar el mejor tratamiento avalado por la experiencia.
Evitar reduplicación en la valoración clínica y las pruebas complementarias
Optimizar los tratamientos no quirúrgicos
Posibilidad de ofrecer tratamientos quirúrgicos combinados con una misma anestesia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Coordinación e intervenciones conjuntas de los cirujanos coloproctólogos, urólogos y ginecólogos con el apoyo diagnóstico de pruebas funcionales digestivas como la manometria y la radiología especializada asi como el apoyo rehabilitador tan importante en esta patología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes atendidos en la Unidad
Número de pacientes intervenidos
Encuestas de satisfacción de los usuarios

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Empezar a principios del año 2017 si contamos con el apoyo institucional pertinente.
Creemos que su duración en indefinida, pues siempre debe existir un centro de referencia en la Comunidad Autónoma de Aragón para esta patología

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0594 ()

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

2. RESPONSABLE ..... DIANA MODREGO IRANZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CHUECA MARIA PILAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· COARASA PINA SUSANA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALLEJO LANA MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALLUE URZAIZ JAVIER. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CAMPILLOS CARBONELL IRENE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes sometidos a una colecistectomía por laparoscopia son dados de alta en las 24-48 horas siguientes al procedimiento. En ese tiempo el personal de enfermería es incapaz de facilitarle los datos necesarios para una correcta alimentación una vez que lleguen a casa. Los pacientes nos preguntan qué alimentos pueden comer, como cocinarlos y como evolucionar en el tiempo el tipo de dieta. Es necesario un proceso estandarizado para asegurar que todos estos pacientes reciban toda la información necesaria antes del alta.
Los pacientes operados de una resección hepática tardan más tiempo en ser dados de alta. Estos pacientes a veces comienzan con nutrición parenteral y son dados de alta tomando dietas blandas o semi blandas. La recuperación es larga y los pacientes desconocen cómo introducir los alimentos poco a poco para favorecer su digestión. El proceso es individual, pero unas pautas generales facilitaran como afrontar un postoperatorio tan complejo de forma domiciliaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los pacientes se irán a casa conjunto con el alta con la información necesaria sobre la evolución de la dieta. Asimismo se les entregará un número de teléfono directo para que puedan consultar aquellas dudas que tengan. Según la autonomía del paciente, la información se facilitará a su cuidador principal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un papel informativo, a modo de tríptico, en el cual se divida por tiempo que alimentos deben tomar y qué manera cocinarlos. Se remarcará que los tiempos son orientativos y que cada persona se adapta de forma diferente, que no debe preocuparse si no cumple los plazos. Es un tríptico informativo, no una sucesión de objetivos a conseguir.
El personal de enfermería valorará en qué momento debe dar el tríptico, indicar que lo lea y estar dispuesto a resolver dudas. Este material se facilitará al menos 24 horas antes de que el paciente sea dado de alta. El personal auxiliar de enfermería, encargado de entregarles las dietas a los pacientes, estará entrenado para contestar a cualquier tipo de pregunta en esta materia.
Se facilitará el teléfono directo de la planta. Una versión extendida del tríptico tendrá un lugar fijo para que ante una duda telefónica cualquier personal de la planta sea capaz de contestar al paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de dudas sobre una plantilla. El personal auxiliar de enfermería se encargará de registrar sobre una plantilla hecha por el personal encargado de este estudio las dudas que los pacientes nos formulan respecto al tríptico. El objetivo será analizar las carencias que los usuarios descubren para poder mejorarlas y facilitar así su comprensión.
Existirá una plantilla junto a la versión extendida del tríptico en la planta de cirugía hepatobiliar para apuntar allí las cuestiones que los pacientes nos realizan de forma telefónica.
Reunión con otros profesionales conocedores de este tema para añadir/modificar/borrar la información del tríptico que consideren necesaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016-diciembre 2016. Preparación del tríptico por parte del personal encargado del proyecto. Preparación de la plantilla de dudas formuladas por los pacientes.
Enero 2017-marzo 2017. Entrega sistemática del material a todo paciente ingresado en la tercera planta del edificio de traumatología (Cirugía Hepatobiliar) y registro de las dudas que los pacientes nos muestren en una plantilla.
Abril 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto para añadir, modificar o borrar información del tríptico en base a las dudas formuladas por los pacientes.
Mayo 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto con el personal de medicina (Cirugía Hepatobiliar) y nutrición (HUMS) para finalizar los últimos retoques del tríptico. En caso de que el material haya sufrido muchas modificaciones, volveremos a repetir en los meses siguientes (junio-septiembre 2017) el registro de dudas sobre la plantilla.
Junio 2017-en adelante. Entrega del tríptico a todo paciente sometido las dichas intervenciones.

9. OBSERVACIONES.
El trabajo descrito se va realizar de forma independiente sobre los pacientes sometidos a colecistectomía y en los pacientes sometidos a segmentomías hepáticas. Por tanto son dos trabajos que se van a realizar a la par en el tiempo, con el mismo personal, pero de forma independiente.

Proyecto: 2016_0594 ()

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0926 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO POSTOPERATORIO EN PACIENTES CON CIRUGIA POR CANCER DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CASAMAYOR FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDO ALMUDI ERNESTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MATUTE NAJARRO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· TENA GALO VIOLETA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MILIAN PEREZ MARGARITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El HUMS atiende una media de 300 casos anuales de cancer de mama.No existe uniformidad de el tratamiento potsoperatorio ni se contempla la atencion a aspectos importantes como prevencion de nuaseas y vomitos postoperatoria,profilaxis antitrombotica,cuidados herida o nalgesia postoperatoria pautada.El protocolo elaborado permitira dar uniformidad a los tratamientos mejorar la atencion a las pacientes,disminuir o prevenir morbilidad,reducir estancias potoperatorias y simplificar el trabajo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera poner en marcha de forma efectiva el protocolo ya consensuado cirugia-anestesia y elaborar un documento que permita la
cumplimentacion sencilla del tratamiento pre y postoperatorio aplicable a todas las pacientes tratadas por cancer de mama en le servicio de cirugia general

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se necesitara elaborar un documento claro y rapido de manejo,aprobado por el Hospital .Ademas seran necesarias sesiones clinicas con enfermeria de planta u consultas asi como dentro del propio servicio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de pacientes en als que se aplica el protocolo respectp al total de pacientes operadas que debera ser mayor al 50% .Pacientes que presentan nauseas o vomitos posoperatorios respecto al total de pacientes operadas.
Reingresos por trombosis respecto al total de operadas .Medicion de estancia hospitalaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Actividad Enero 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL ADSCRITA A LA UNIDAD DE CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA PERO MULTIDISCIPLINARIA

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SERRABLO REQUEJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANTON ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
· SERRADILLA MARTIN MARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD HPB
· PATERNA LOPEZ SANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD HPB
· ARTIGAS MARCO CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD HBP
· RODRIGO VINUE VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD HBP
· REMIRO BARRERA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD HBP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El protocolo intrahospitalario ya está publicado. Estoy esperando la ampliación de la cartera de Servicios, documentación ya entregada la nominación como referencia Autonómica.
En nuestra Comunidad Autónoma no hay ningún centro habiliatado para la realización de esta técnica que tanto el Servicio de Oncología como el de Cirugía Ginecológica y como la Unidad de Cirugía HPB estiman necesario implantar y oficializar, ya que hasta ahora se realizaban caso a caso de manera particular. Los casos más estándares se envían a Madrid o a Barcelona con el transtorno que supone para pacientes y familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los resultados esperados son la supervivencia de pacientes con carcinomatosis peritoneal superior al 30% a los 5 años que de sin este tratamiento multidisciplinar supone la muerte. La población diana es todos los pacientes con carcinomatosis peritoneal en casos tumorales de colorrectal, ginecológicos y otros tumores digestivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los cambios propuestos será la atención multidiscipliar de estos pacientes y la derivación por su oncólogos de los demás hospitales de Aragón al Comité de TumoresDebemos instaurar una vez aprobado por la Comisión de la Cartera de Servicios, un circuito de entrada y un Comité Multidisciplinar, preferiblemente el de Hepatobiliopancreática para dar cabida tanto a la entreda de clientes internos como externos. El día que se vaya a defender un caso ante el comité deberá invitarse a un Ginecólogo y a un miembro de la unidad de cirugía de colorecto.
Desde el inicio del programa se realizará la hoja informática para recogida digital de todos los casos para su análisis posterior.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición de los indicadores para monitorizar vendrán dados por la morbimortalidad a 90 días, y la supervivencia al año, a los 3 años y a los 5. Estando los parámetros de calidad en los estándares pubicados. Menos del 30% de reintervenciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Una vez aprobada por la Comosión de Cartera de Servicios, el cronograma será la implantación en 3 meses del comité con la publicitación del mismo intra e extrahospitalaria en Aragón. Antes del inicio del programa se realizará el diseño de la hoja web.
El responsable del proyecto será el Dr. Alejandro Serrablo Requejo, Dr. Miguel Angel Ruiz Conde y Dr. Antonio Antón.

9. OBSERVACIONES.
Podría ser considerado centro de referencia de Aragón.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACREDITACION DE GRUPO DE INVESTIGACION CONSOLIDADO

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SERRABLO REQUEJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRADILLA MARTIN MARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CIRUGIA HBP
· SERRABLO CASAÑA LEYRE. ESTUDIANTE DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ausencia de grupo de investigación oficial reconocido en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Es perentorio que un servicio que tiena tanta carga asistencial y formación pre y postgrado, y una unidad de Cirugía como la HPB con reconocimiento nacional e internacional se le exija aportar lo que ya está haciendo dentro de la estructura orgánica de IACS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La acreditación de grupo consolidado. A través de ello poder aportar recursos económicos a la estructura de investigación general del IACS y poder ser autosuficientes económicamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La implementación de las medidas que los directores del IACS propongan para la consecución del objetivo. Las conversaciones ya se han dado y estamos bajo su apoyo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La participación en un estudio internacional y dos nacionales. La publicación en el Q1 de al menos una artículo anual y tres Q3 ó Q4.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El responsable del proyecto será el Dr. Alejandro Serrablo Requejo. Finales de Septiembre de 2017 tener el reconocimiento y la posibilidad de crear cuanta propia en el IACS.
Animar a la participación de Residentes para la integración en el grupo consolidado para poder optar a la formación de doctores o para su inclusión en el programa de doctorado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NO es patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1729 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· PANTILIE BIANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOBERA MOLINA FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOGOSA PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1.-El sistema de ferulización tradicional rígida utilizada hasta el momento es en determinadas patologías como la avulsión dentaria, un sobretratamiento que puede producir secuelas permanentes no deseadas (anquilosis, daño dentario, daño gingival).

2.- En numerosas ocasiones, sobretodo en Urgencias del Hospital Infantil, para una ferulización rígida es necesaria una anestesia general (y otra para su retirada), debido a lo molesto del procedimiento. Con la realización de una ferulización semirrígida de composite, la molestia del procedimiento se minimiza considerablemente, pudiendo resolverse mayoritariamente bajo anestesia local, quedando reservada la anesteisa general para pacientes no colaboradores (edad o antecedentes) o que precisen por fractura alveolodentaria ferulización rígida.

3.- El paciente portador de ferulización rígida debe ser reevaluado en consulta externa, y debe acudir una vez más a un quirófano de locales o de anestesia general para ser retirada. La ferulización semirrígida es valorada por Odontólogos y retirada por los mismos, con menor secuela permanente indeseada.

4.- El sistema de ferulización rígido es más engorroso de portar, precisa de mayor cantidad de material esterilizable y por tanto limita en ocasiones el medio en el que puede realizarse. El nuevo sistema de ferulización semirrígida de composite es portable y más cómodo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. INICIO DE USO DE SISTEMA SEMIRRÍGIDO DE FERULIZACIÓN CON COMPOSITE
2. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE BAJO ANESTESIA GENERAL PARA REALIZACIÓN DE FERULIZACIÓN
3. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS A LAS QUE DEBE ACUDIR EL PACIENTE
4. PORTABILIDAD DEL SISTEMA DE FERULIZACIÓN

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA Ferulización semirrígida con composite para tratamiento de traumatismos bucodentarios

Se prepara el material para la realización de ferulización semirrígida.
Se procederá a su colocación en dispositivo portable.
Se procederá a la información del Servicio del nuevo sistema a implantar
Se procederá a las sesiones clínicas pertinentes dirigidas a conocer:
- Indicación y contraindicación de la ferulización semirrígida
- Materiales a utilizar
- Secuencia del uso del composite
- Técnica de ferulización semirrígida

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se procederá a la valoración de las citas indicadas a pacientes ferulizados, observándose su disminución.
Se procederá a la valoración de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general para colocación o retirada de férula y se comparará con años previos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1729 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1730 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL(AMPLIACION OBJETIVOS LINEA MEJORA 2016)

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· PANTILIE BIANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOBERA MOLINA FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOGOSA PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
1.-El tratamiento multidisciplinar y las distintas corrientes filoslóficas en el tratamiento de los pacientes con parálisis facial, hace que en ocasiones los diversos especialistas que realizamos tratamiento de esta enfermedad incurramos en diferencias de opinión, citerios opuestos o usos depuestos de técnicas, que pueden confundir y/o desorientar al paciente. Por ello adquirimos el compromiso de organizar una jornada extrahospitalaria en la que con formato “foro abierto” podamos discutir las líneas de tratamiento interdisciplinar. Se perseguirá que fruto de esta reunión consigamos formar un grupo interdisciplinar con compromiso para el tratamiento de estos pacientes.

2.- La realidad clínica de estos pacientes, es que la evaluación del estado del paciente y de su capacidad funcional pre y postratamiento es subjetiva. Se realizan habitualmente escalas clínicas aceptadas pero que dan poco detalle sobre la dinámica o estática de cada zona facial mímica. Por esta razón se decide realizar un documento en el que consten: antecendes de interés, evolución, tratamiento recibido previamente, escalas de clasificación clásicas y también una escala visual zonal, asi como propuesta de tratamiento, y de realizarse en la consulta especificación del tratamiento recibido ese dia. Se apreciarán también sugerencias o aportaciones del paciente.

3.- Dado que varios servicios tratan desde distintos ángulos a estos pacientes, establecemos el compromiso de accesibilidad de los informes a otros especialistas a través de la red interna del Salud para que les permita unificar la línea de tratamiento si lo estiman, o valorar su discusión.

4.-Se administrará copia física al paciente del informe, para que sean conscientes de su evolución, valoren con otros especialistas a los que consulten pertenezcan o no a la red pública de salud. Asimismo, constarán las dosis de tratamiento administrado de toxina botulínica, para que ningún especialista de centro propio o ajeno dude respecto a posibilidad de silmutanear tratamiento por otra patología (distonías, síndromes miofasciales o motivación estética)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. TRATAR DE UNIFICAR LAS LINEAS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES DE PARÁLISIS FACIAL CONSENSUANDOLAS CON OTROS SERVICIOS QUE COLABOREN EN EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES (REHABILITACIÓN, PLASTICA, ORL, OFTALMOLOGÍA)
2. REALIZACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMÁTICO NORMALIZADO EN EL QUE CONSTE LA INFORMACIÓN PRECISA DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE POR VISITA, ASI COMO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO O REALIZADO EN LA VISITA
3. POSIBILIDAD DE FACILITAR ACCESO DE ESA DOCUMENTACIÓN EN LA RED INTERNA DEL SALUD
4. FACILITAR AL PACIENTE DOCUMENTACIÓN EN CADA VISITA, TANTO COPIA DEL INFORME COMO DOCUMENTACIÓN GRÁFICA DE EJERCICIOS A REALIZAR DE ESTAR INDICADOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA ATENCIÓN GLOBAL AL PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL AMPLIACIÓN OBJETIVOS

- Se procederá a la realización de una jornada de unificación de criterios hospitalaria
- Se procederá a contactar con Servicio de informática para crear un formulario que pueda ser accesible vía Intranet
- Se procederá a cumplimentar el formulario en cada visita o consulta
- Se procederá a facilitar copia al paciente y se colgará documento accesible a otros profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se procederá a la valoración de la información proporcionada al paciente como su acceso a través de red interna.
Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

Proyecto: 2016_1730 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL(AMPLIACION OBJETIVOS LINEA MEJORA 2016)

9. OBSERVACIONES.
Debe reseñarse que se han conseguido todos los objetivos de la línea de mejora previa del 2016, de antención a pacientes de parálisis facial:
- UNIFICANDO LAS CONSULTAS DE PARÁLISIS FACIAL, CREANDO DISPOSICIÓN DE UN DÍA DE CONSULTA MENSUAL, PARA MEJORAR LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE
- UNIFICANDO EL CRITERIO DE ANAMNESIS SUBJETIVA MEDIANTE REGISTRO FOTOGRÁFICO PREVIA FIRMA CI
- PROTOCOLIZANDO Y UNIFICANDO LOS CRITERIOS DE EXPLORACIÓN
- ESTANDARIZANDO EL USO DE TRATAMIENTO MÉDICO CON TOXINA BOTULÍNICA PARA DISMINUIR EL GASTO GLOBAL (citando todos los pacientes mismo día para no desechar mediación)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_0026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIPALDA MARIN JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SOLA CORDON ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CARDONA MALFEY RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CALVO LOPEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS
· SALAS GARCIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso
Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Proyecto: 2016_0026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JESUS JAVIER MATEO AGUDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PASCUAL LOPEZ MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BEJARANO LASUNCION CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOPEZ MARCO JOSE FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA CALVO VERONICA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOMEZ BLASCO ANDRES. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANZ SAINZ MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La reducción de la estancia hospitalaria en otros procedimientos de cirugía ortopédica nos hizo reflexionar sobre el manejo de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera, parte del cual se basaba en "costumbres". Así, las actividades no protocolizadas se efectuaban según los criterios, no siempre uniformes, del personal implicado.
Por ello, se decide repasar la totalidad de las actividades implicadas en el manejo del paciente que ingresa para cirugía primaria de prótesis de cadera, con la intención de uniformizar los procedimientos y ajustarlos a la evidencia disponible.
Se espera de ello mejorar la seguridad y la calidad de la atención, incluyéndose en ello la reducción de la estancia hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental es la uniformización de criterios en varios aspectos fundamentales: preparación preoperatoria, información preoperatoria al paciente, tratamiento/prevención del dolor postoperatorio (colaboración con Servicio de Anestesia), tratamiento médico habitual en estos pacientes, movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de prótesis de cadera, y criterios de alta hospitalaria.
Todo ello quedará documentado en una vía clínica para la cirugía de prótesis de cadera primaria.
Se espera de todo ello una reducción de la estancia hospitalaria, sin que se incremente la incidencia de reingresos en el primer mes. Y se espera también mejorar la satisfacción del paciente relativa a su ingreso hospitalario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Revisión bibliográfica. Protocolos de recuperación rápida. Evidencia. (Juan José Panisello Sebastiá, Miguel Sanz Sainz).
2.- Actualización del manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos (Carlos Bejarano Lasunción, Verónica Garcia Calvo).
3.- Revisión de las pautas de tratamiento del dolor postoperatorio (Jesús Mateo Agudo, colaboración de la Sección de Anestesia del HRTQ, Dr. Pablo Ortega).
4.- Movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de PTC (Mercedes Pascual López, Andrés Gómez Blasco).
5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente (José F. López Marco, Mercedes Pascual López).
6.- Síntesis: modelo de vía clínica (Jesús Mateo Agudo).
7.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica garcía Calvo).
8.- Puesta en marcha aplicación práctica de la vía: (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica garcía Calvo, Mercedes Pascual López, Jesús Mateo Agudo).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Indice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales
2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica.
3. Indice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica.
El número y filiación de los pacienes intervenidos de PTC primaria en un determinado periodo se extrae de la base de datos de programación de nuestra Unidad. Las cifras de estancia hospitalaria y los eventuales reingresos se obtienen en la intranet del hospital.
El criterio "PTC que cumple la vía" se establece por el cumplimiento de acciones y plazos especificados en la vía clínica: suspensión de medicaciones previas en el tiempo prescrito, momento del ingreso, cumplimiento de la antibioterapia y otros tratamientos, cumplimiento del protocolo de ahorro de sangre, momento de retirada de drenajes, momento de sedestación, momento de deambulación, cumplimiento de criterios de alta. Toda esta información requiere la revisión de la historia clínica.
Una vez que se determine el grado de utilidad de la vía en los parámetros anteriores se elaborará una encuesta que permita evaluar la satisfacción del paciente con la experiencia del ingreso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 2016
Revisión conocimientos y procedim (1,2, 3,4): ENE-FEB
Manual de cuidados. Plan de información (5): FEB-MAR

Proyecto: 2016_0181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Modelo de vía clínica (6): FEB-MAR
Protocolo de tratamiento médico (7): FEB-MAR
Aplicación de la vía clínica (8): ABR-DIC
Control de indicadores: JUL, OCT, DIC Actividades 2017
Acciones de mejora (según indicadores): ENE
Aplicación de la vía clínica (8): ENE-ABR
Control de indicadores: ABR

9. OBSERVACIONES.
La idea original fue elaborar una vía que incluyera la totalidad de la cirugía protésica de cadera. Los problemas particulares que plantea la cirugía de revisión hacen que deba de tratarse de forma independiente.No obstante, una parte de los procedimientos serán comunes a esta vía.
A la vista de los resultados que ofrezca la vía actual se planteará el manejo de la cirugía de revisión.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ SAINZ MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MASA LASHERAS MARIA ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOME BLASCO ANDRES MANUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ NOGUE LUIS. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PINILLA GRACIA CRISTIAN. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LIZCANO PALOMARES MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA CALVO VERONICA. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología dispone de un amplísimo arsenal de material utilizado en los procesos quirúrgicos para la realización de osteosíntesis, tanto en cirugía urgente (fracturas), como en cirugía programada. Dicho material se encuentra en un constante proceso de renovación, tanto por los cambios generados por las propias casas comerciales, como debido a la aparición de nuevos avances técnicos, . En ocasiones, resulta difícil para el cirujano elegir el implante idóneo para un caso concreto, al desconocer todas las posibilidades disponibles en ese momento preciso. Del mismo modo, no es extraño que el facultativo solicite un material específico, y haya problemas a la hora de localizarlo, obligando a la apertura de varios sets quirúrgicos hasta encontrar lo buscado. Esto causa aumentos del tiempo quirúrgico y requiere la reesterilización de material no utilizado, lo que aumenta también el coste económico.
Se propone indexar el material disponible en depósito, e incluirlo en una herramienta informática que permita su búsqueda por región anatómica (hombro, rodilla…) y por el tipo de material (placa, clavo, tornillos…), pudiendo acceder al mismo en cualquier momento. Se incluirían también las técnicas quirúrgicas de cada implante, imágenes del contenido de la caja y una breve descripción práctica de su uso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar información al especialista sobre los distintos materiales disponibles en el hospital con los que solucionar la patología concreta de su paciente.
Agilizar la búsqueda y disponibilidad de dicho material.
Reducir la apertura y pérdida de esterilidad innecesaria de implantes no apropiados.
Facilitar la planificación preoperatoria.
Reducir el tiempo quirúrgico empleado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recopilar la información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Diseñar una base de datos que permita su recogida y búsqueda específica.
Realizar fotografías del contenido de cada set quirúrgico.
Recoger la información respecto al rotulado y denominación de cada caja.
Obtener las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.
Trasladar la información al citado soporte informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cantidad del material disponible que es incluido en la base de datos diseñada.
Porcentaje que incluye fotografías del contenido.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica.
Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar…)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
. Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017.

Octubre/Noviembre 2016: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web…) así como de las herramientas de búsqueda.

Diciembre 2016/Enero 2017: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.

Enero/Junio 2017: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.

Mayo/Septiembre 2017: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.

Septiembre 2017: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

Proyecto: 2016_0236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO CLINICO DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO DEL ADULTO

2. RESPONSABLE ..... JAVIER RODRIGUEZ VELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BARRERA ROJAS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. La demanda de atención al dolor muestra una tendencia creciente relacionada con la oferta de servicios específicos y el desarrollo de nuevos y más eficaces tratamientos. El dolor crónico representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste económico y social. En la literatura científica se observa un aumento en la prevalencia de dolor entre la población general en los últimos años, existiendo estudios con un seguimiento superior a 40 años, que muestran un aumento entre 2 y 4 veces en el dolor de espalda, dolor en el hombro y dolor generalizado. La evidencia epidemiológica ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública. A pesar de la heterogenicidad de los métodos de estudio, en las encuestas se encuentra que el 15-25% de los adultos sufren dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50% en los mayores de 65 años1.
El estudio PHANDORA2, recientemente ultimado, en sus conclusiones en relación con el perfil del paciente que acude a la primera visita en la Unidad de Tratamiento de Dolor (UTD) en España recoge que:

- La especialidad que deriva más pacientes a la UTD es Traumatología.
- El paciente acude a la UTD con dolor mantenido durante mucho tiempo (un 12,7% con dolor crónico desde hace más de 10 años).
- Predomina el dolor no oncológico en un 96,3% y de estos, el musculoesquelético en un 86,2%.
- La localización más frecuente es en la columna, con un 40% en región lumbar.
- Un 55% de los pacientes de la UD son tratados con técnicas intervencionistas percutáneas.
- Sólo el 20% de los pacientes están en situación laboral activa.

Se sabe que el mayor riesgo personal, laboral y social de las personas con dolor crónico no está en la cronificación del dolor sino en la cronificación de la incapacidad. Por ello, el tratamiento del dolor debe abordarse de una forma multidisciplinar, abarcando todos los aspectos del proceso doloroso con el fin de conseguir la restauración funcional en el período de tiempo más breve posible.
Uno de los objetivos de la formación de este grupo es corregir el problema que conlleva un abordaje unidisciplinar. El adecuado manejo y tratamiento del dolor crónico hace necesario integrar la asistencia en equipos multidisciplinares (profesionales y especialidades) dentro de una red asistencial de dolor ya que sólo así puede ofrecerse un programa integral de tratamiento.

Bibliografía:

1. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, Castel LD, Kalbeek WD, Carey TS. The rising prevalence of chronic low back pain. Arch Intern Med 2009; 169:251-258.

2. Estudio realizado entre noviembre 2009 y enero 2010 por el grupo de trabajo de dolor musculoesquelético de la Sociedad Española de Dolor integrado por Antonio Montero (anestesiológo), Javier Vidal (reumatólogo), Mª Jesús Rodriguez (anestesiológa), Lorenzo Jiménez (rehabilitador) y Daniel Samper (anestesiológo) en colaboración con 160 especialistas de UTD españolas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la carga asistencial
- Evitar la variabilidad en las terapias sobre el dolor
- Mejorar la demora en las interconsultas
- Actuar sobre el retraso en la recuperación de la funcionalidad
- Mejorar la satisfacción del paciente con dolor crónico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Analizar y plantear la actuación ante determinados casos clínicos de forma multidisciplinaria
- Centralizar la asistencia eliminando tiempo entre la asistencia de diversos servicios y unidades
- Elaboración y desarrollo de protocolos, vías y procesos asistenciales integrados que garanticen la continuidad de los cuidados y sirvan de referente para todos los profesionales que participan en la red asistencial del dolor crónico
- Docencia e investigación sobre un área de gran repercusión socio-laboral

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El grupo se reunirá con una periodicidad quincenal, los lunes en las consultas de Unidad de Dolor. Se realizará un acta de cada reunión y se registrará la actividad desarrollada en una memoria anual por parte del coordinador del proyecto. Se propone asimismo la realización de reuniones puntuales para la valoración individualizada de

Proyecto: 2016_0331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO CLINICO DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO DEL ADULTO

algún caso concreto.
-número de pacientes con dolor lumbar evaluados por el grupo
-tiempo desde la indicación de la terapia y la aplicación
-pacientes en situación de baja laboral que vuelven a trabajar/pacientes en situación de baja laboral
-encuesta de satisfacción del paciente atendido por el grupo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Constitución del grupo: septiembre-octubre 2016
Inicio de reuniones quincenales: octubre 2016
Presentación del grupo a nivel hospitalario-sesión multidisciplinar: junio 2017
Elaboración encuesta de satisfacción: enero-febrero 2017
Recogida de datos de pacientes: octubre 2016-junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODA ROJO VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEREZ JIMENO NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOPEZ SUBIAS JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTINEZ AZNAR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico.
Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento.
Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad.
Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral.
Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria.
Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tatamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de numero de pacientes con correcto tratamiento al alta.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0688 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LA MONITORIZACION DEL RESULTADO DEL PROCESO QUIRURGICO MEDIANTE LA INTRODUCCION DE FORMULARIOS DIGITALES EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MARTINEZ DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABALLERO BURBANO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ALDABAS SORIANO SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· HUALDE ENGUITA ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TORRE IGLESIAS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BENEDI ALCAINE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad de Rodilla del Hospital Universitario Miguel Servet ha conseguido en 2016 la Certificación ISO 9001.

Hasta la fecha, la valoración del resultado de nuestros procesos se realiza de acuerdo a indicadores basados en la satisfacción de nuestros pacientes. Ello es debido a que carecemos de un instrumento que nos permita valorar de manera objetiva el resultado clínico de nuestro proceso asistencial. Existen distintos indicadores que se focalizan en aspectos concretos del proceso; muchos de ellos en aspectos de gestión y no clínicos, pero no hay un verdadero control de la calidad global del proceso desde el punto de vista clínico.

Con la monitorización de los resultados de manera objetiva podremos establecer nuestro punto de partida e identificar áreas de mejora, redundando en la calidad de la asistencia realizada a cada paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incluir en la Historia Clínica escalas reconocidas internacionalmente de valoración clínico-funcional.

Adaptar dichas escalas a un formato electrónico que permita su registro en la Historia Clínica electrónica de cada paciente.

Sistematizar su utilización por parte de los integrantes de la Unidad.

Utilizar los resultados obtenidos como indicador en los Objetivos de Calidad de la Unidad.

Utilizar los resultados para la publicación de resultados desde el punto de vista científico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Monitorizar el resultado clínico y funcional de nuestros procedimientos quirúrgicos e introducirlo en el Sistema de Gestión de Calidad como herramienta de mejora continua.

Actividades:
1.- Seleccionar cuestionarios validados por las Sociedades Científicas Internacionales que se adapten a la patología propia de nuestra Unidad. Deberá seleccionarse un cuestionario para cirugía protésica y otro para cirugía artroscópica.
Responsable: Dr. Fernando Martínez Delgado (Jefe de Sección)

2.- Solicitar al Servicio de Documentación Clínica y la Comisión de Historias Clínicas la inclusión de dichos formatos en la Historia Clínica Oficial.
Responsable: Dr. Fernando Martínez Delgado (Jefe de Sección)

3.- Elaborar con el Servicio de Informática los formularios digitales para cada uno de los cuestionarios.
Responsable: Dra. Silvia Aldabas Soriano

4.- Introducir la utilización de los formularios dentro del Sistema de Gestión de Calidad como Objetivo de Calidad y sus resultados como indicador.
Responsable: Dra. María Jesús Caballero Burbano

5.- Recogida de datos sistematizada de aquellos pacientes que vayan a ser intervenidos.
Responsable: Todos los facultativos de la Unidad

6.- Monitorización del uso de los formularios y medición de indicadores.
Responsables: Dras. Caballero y Aldabas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Formularios disponibles para su uso en la Historia Clínica Electrónica

Indicadores
Actual: NO
Esperado: SÍ

Proyecto: 2016_0688 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LA MONITORIZACION DEL RESULTADO DEL PROCESO QUIRURGICO MEDIANTE LA INTRODUCCION DE FORMULARIOS DIGITALES EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

2.- Objetivo de Calidad basado en resultado clínico en Sistema de Gestión de Calidad

Indicadores
Actual: NO
Esperado: SÍ

3.- Porcentaje de pacientes intervenidos con formulario preoperatorio completo

Actual: NC
Esperado: 80%

4.- Porcentaje de pacientes revisados a los 6 meses con formulario postoperatorio completo:

Actual: NC
Esperado: 80%

5.- Porcentaje de pacientes revisados al año con formulario postoperatorio completo:

Actual: NC
Esperado: 80%

6.- Porcentaje de mejora en escala clínico funcional al año de la intervención.

Actual: NC
Esperado: 30%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración, aprobación y puesta en marcha de formatos digitales: Diciembre 2016

Introducción como objetivo e indicador en SGC
Enero 2017

Monitorización de formularios preoperatorios
Mayo 2017

Monitorización formularios 6 meses
Noviembre 2017

Monitorización Formularios y mejora 1 año
Mayo 2018

9. OBSERVACIONES.
Los resultados, objetivos e indicadores a más de un año deberán ser evaluados más allá de 2017

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0787 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

2. RESPONSABLE ..... DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHARLEZ MARCO ALFREDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOSTE RAMOS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TABUENCA SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ VELA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTINEZ AZNAR CARMEN. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CERDAN MORENO SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable perdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hematíes.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el numero de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadídtico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a controlar serán:

Proyecto: 2016_0787 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

1.- Número de concentrados transfundidos.

2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.

4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.

5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

9. OBSERVACIONES.
En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

10. OTRO ENFOQUE. Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0788 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN MARTIN MARTINEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEÑA JIMENEZ DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOSTE RAMOS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GRACIA CANOVAS ISABEL NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANZ ROMERO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es una entidad patológica que afecta a niños en edad de crecimiento. Su tratamiento necesita la participación del paciente y de su familia.

Establecer el diagnóstico de EIA supone en muchos casos generar una situación de confusión y ansiedad en especial en los padres que son los que deben tomar la decisión sobre la salud de sus hijos.

Plantear un tratamiento ortopédico largo y tedioso mediante el empleo del corsé que genera en ocasiones el rechazo por parte del joven y el conflicto entre padres e hijos.

La indicación de la cirugía que supone el fracaso de los tratamientos previos y reorientar la situación generando nuevas dudas e incertidumbres que se ven agravadas por la firma del consentimiento informado.

El momento de la cirugía: El miedo a una cirugía cercana a las ocho horas con importantes riesgos y la separación del paciente/familia durante más de 12 horas, la evolución posterior y el régimen de vida a corto y largo plazo suponen dudas y estrés.

Estas dudas llevan a buscar información sobre la patología y los tratamientos de la misma. En la era de la comunicación en la que vivimos, el acceso a la información es extremadamente sencillo, pero el problema reside en la calidad, el rigor y el criterio de esa gran cantidad de información disponible, lo que en muchas ocasiones supone interpretaciones que no se ajustan a la realidad de la patología o de su tratamiento y que dificultan la comunicación entre paciente, familia y profesionales.

El alcanzar una mejora en la comunicación dentro del proceso de la escoliosis creemos que puede suponer una mejora en el cumplimiento de los tratamientos ortopédicos, una mejora en la relación entre el paciente, la familia y el personal sanitario y una mayor seguridad del paciente y la familia para hacer frente a la patología y su tratamiento y no limitarnos a la información legal necesaria incluida en el consentimiento informado.
En resumen una mejora en la Calidad de la Asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es buscar nuevas métodos de comunicación para aportar una información clara, comprensible, rigurosa y suficiente a los pacientes y familias para comprender el proceso de la EIA, tomar decisiones y saber lo que ocurre en cada momento de dicho proceso reduciendo la ansiedad e incertidumbre.
Mejorar la calidad de la asistencia a partir de una mejora en la comunicación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El procedimiento a seguir para alcanzar los objetivos ha sido planteado de la siguiente manera:

Identificar las dudas más frecuentes, lo puntos que precisan de más aclaraciones y los momentos que generan mayor ansiedad para darles respuesta.

Establecer una pauta homogénea de información oral para los profesionales sobre la patología, sus tratamientos y evolución, en la que se recojan los puntos ya establecidos como dudas más frecuentes y se les dé respuesta.

Crear un soporte físico de información para el paciente y la familia, (A valorar en forma de tríptico o de archivo informático de imagen y texto ...) en el que se recoja de forma clara, rigurosa y comprensible la suficiente información sobre la patología, la evolución de la misma, los tratamientos y objetivos y aclaraciones de la dudas más frecuentes, así como un calendario de revisiones y controles del paciente, la cirugía, valoración anestésica, el ingreso y vida al alta y controles posteriores.

Establecer un contacto entre el paciente-familia y los profesionales que van a atenderle y establecer un canal de comunicación con la familia en especial durante la cirugía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará mediante encuestas diferentes dirigidas a familiares y pacientes en los que se evalúe tres parámetros en distintos momentos del seguimiento,(control en consultas a los 6 meses, previa a la cirugía y al

Proyecto: 2016_0788 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

alta). Los parámetros a valorar son:

Conocimientos aportados sobre la patología y su tratamiento.

Cumplimiento entre lo planificado y lo que se ha ajustado a la realidad del seguimiento.

Grado de satisfacción y calidad de la atención recibida

Así mismo en dichas encuestas se puede incluir un apartado de “sugerencias” que nos ayuden a mejorar y corregir mientras se realiza el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El desarrollo del proyecto puede requerir de un periodo de tiempo no inferior a los 18 meses. Habitualmente los pacientes que se intervienen de escoliosis anualmente suelen ser unos 20 de los cuales no todos aunque sí la mayoría son EIA.

En 2-3 meses es posible tener identificadas los puntos más conflictivos y haber realizado los materiales de información. Estableciendo un calendario de recogida de datos a partir de los 6,12, y 18 meses posteriores con la interpretación de los resultados en dichos momentos y un posible balance final a los 24 meses.

9. OBSERVACIONES.
En lo referente al soporte físico de la información consideramos que puede ser más útil un soporte informático en forma de archivo PDF en el que se incluyan imágenes y textos. Este soporte puede ser explicado en consultas, enviado a una dirección de
e-mail o bien en una memoria USB del paciente con un coste cero.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0805 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS CABALLERO BURBANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ DELGADO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CAMIN GOMEZ ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LATAPIA RALUY RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LUNA TORRES CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ALDABAS SORIANO SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MIGUEL CIHUELO MARIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad De Rodilla del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Unidad de Rodilla para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es: mantener la certificación 9001, recién implantada en nuestra Unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar gestión de las agendas de Consultas Externas
2. Mejorar comunicación de indicaciones de manejo del postoperatorio inmediato entre quirófano y planta de hospitalización
3. Implantación de sistemática de control del dolor postoperatorio por parte del personal de enfermería
4. Obtener alto grado de satisfacción en pacientes sometidos a Artroplastia total de rodilla

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.
OBJETIVO 1
Acción/es Responsable
Reunión con Sº de Admisión para abordar problema: Dr. Martínez
Solicitud Modificación de Agendas: .....Dr. Martínez
Elaboración Alta de Proceso…….....Dra. Caballero
Disciplina en Citaciones…….....Todo el Personal
OBJETIVO 2
Acción/es Responsable
Puesta en Común Facultativos/ Enfermería…….Dra. Aldabas
Modificación Pautas de Tratamiento……..Dra. Aldabas
Disciplina en la redacción de tratamientos……...Todos F.E.A.
OBJETIVO 3
Acción/es Responsable
Creación de Formato……Dr. Martínez / R. Latapia
Reunión Informativa Enfermería……C. Luna
Cumplimentación de Registros…….Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas…….... A. Camín/ R. Latakia
OBJETIVO 4
Acción/es Responsable
Creación de Formato……...Dra. Caballero
Reunión Informativa Enfermería……C. Luna
Entrega y recogida de Registros……Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas……Dr. Martínez

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
OBJETIVO INDICADOR Y FÓRMULA
1.1: Porcentaje de Consultas con más de 25 pacientes Citados
(Consultas con exceso/Total de consultas) x 100
Actual: N.C.; Objetivo:<10%
1.2.: Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica
(Pacientes sin historia/Total de citas) x 100
Actual: N.C.; Objetivo: <5%
1.3.: Porcentaje de pacientes dados de alta desde planta con cita en consulta externa para revisión.
(Pacientes con cita /Total Altas de Hospitalización) x 100
Actual: N.C.; Objetivo: >95%
1.4.: Agendas modificadas para albergar pacientes de alta hospitalaria

Proyecto: 2016_0805 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Agenda Modificada (Sí/No)
Actual: No.; Objetivo: Si
1.5.: Existencia de Informe específico de la Unidad de Alta de Proceso para remitir a Atención Primaria
Informe Creado (Sí/No)
Actual: No.; Objetivo: Si
2.1.:Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas
(Instrucciones incorrectas/Total de Intervenciones) x 100
Actual:N.C.; Objetivo: <5%
3.1.:Existencia de Formato Específico para registrar dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate
(mórficos)
Formato existente (Sí/No)
Actual:No; Objetivo: Si
3.2.:Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo
(Pacientes con registro/Total de Intervenciones) x 100
Actual:N.C.; Objetivo: >90%
3.3.: Satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla
Media de la? pregunta 5 Encuesta PTR / Total de Encuestas
Actual:N.C.; Objetivo: >3,5
4.1.: Satisfacción con el proceso de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla
Media de la? Puntuación Encuesta satisfacción PTR / Total de Encuestas
Actual:N.C.; Objetivo: >3,5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017
-Formación de los profesionales y sesiones de Unidad: Enero-Diciembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: trimestral
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1401 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MARTIN HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GARCIA ANASTASIO JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La derivación de pacientes desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HUMS y a sus Centros de especialidades Médicas se realiza a menudo sin haberse realizado el tratamiento previo adecuado o sin las pruebas complementarias pertinentes, lo que origina un incremento innecesario de la frecuentación de las consultas de Atención especializada y un aumento de las molestias generadas a los pacientes como consecuencia de ello. Por otra parte, algunos de los pacientes enviados a consulta especializada podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado facilitado por el especialista sin necesidad de cambiar de nivel asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar continuidad asistencial
Aumentar la eficiencia y calidad en la gestión de las patologías del Aparato Locomotor.
Disminuir la demora del buzón de citaciones de las consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.
Facilitar la accesibilidad del paciente a lasconsultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.
Población diana: Pacientes de los Centros de AP que van a ser derivados al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una consulta diaria dedicada a evaluar y responder las interconsultas de derivación de los centros de salud del sector Zaragoza II al Servicio de COT del HUMS.
Reuniones periódicas con los centros de Atención Primaria para optimización y seguimiento del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de interconsultas resueltas / número de interconsultas realizadas. Estándar =100%

Tiempo medio de respuesta de las interconsultas. Estándar < 7 días

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante todo el año 2017 se evaluará la efectividad del proyecto en dos centros de salud.
Inicio: Abril 2017
Fin: Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0114 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CENTRALIZACION REGIONAL DE REIMPLANTES Y MANO CATASTROFICA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUSTE BENAVENTE VALENTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La amputación de miembros, incluyendo dedos de la mano, así como las lesiones catastróficas de la mano, son unas lesiones que se presentan cada vez con mayor frecuencia en nuestra región, llegando a ser un verdadero problema de salud en nuestro centro. Este problema se ve agravado por la ausencia en el momento actual y en nuestra región de mutuas que asuman esta patología, por lo que incluso las lesiones de etiología laboral se derivan al Hospital Universitario Miguel Servet.

El Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel
Servet es unidad de referencia para la comunidad autónoma de Aragón y La Rioja para aquellas amputaciones de extremidades
subsidiarias de reimplante o revascularización, incluyendo mano catastrófica. La complicación más temida en este tipo de procesos es el fallo del reimplante, traduciéndose en una necrosis del miembro reimplantado.

Dado que las técnicas de reimplante requieren de una formación superespecializada, no siempre coincide que el personal de guardia sea aquel capaz de asumir esta cirugía. Esto supone, en el mejor de los casos, su derivación a otros centros (H. La Paz de Madrid), con el consiguiente coste y aumento del tiempo de isquemia (que supone la disminución de la tasa de éxitos). En el peor de los casos, supone desechar la posibilidad del reimplante, con las terribles consecuencias humanas y laborales que ello implica.

Se ha demostrado que la existencia de equipos específicamente entrenados en este tipo de procesos, que permita aglutinar los pacientes tratados en los profesionales de mayor experiencia, se traduce en una mayor tasa de éxitos de los reimplantes o revascularizaciones. Dado lo previamente expuesto, resulta imperativa la constitución de un equipo de estas características en nuestro Servicio de Cirugía Plástica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evitar la derivación a centros extracomunitarios de los pacientes.
- Centralizar la cirugía de reimplante y revascularización en un mismo equipo.
- Transporte adecuado de la pieza a reimplanter y valoración dentro de las primeras 6 horas por parte de un cirujano entrenado.
- Aumento en la proporción de pacientes amputados en los que se indica el reimplante (al incluirse zonas de mayor complejidad microquirúrgica como puntas de dedo).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende la presencia de uno de los cirujanos formados en técnicas de revascularización y reimplantes del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet disponible de forma continuada. Para ello se formará un equipo microquirúgico que cubra esta necesidad, a partir de los cirujanos de dicho Servicio, estando localizado en todo momento uno de sus miembros.

Se busca asimismo informar a los centros comunitarios de la existencia de un equipo de reimplantes disponible de forma continuada, así como formar a los profesionales que trabajen en los Servicios de Urgencias de dichos centros en la metodología de transporte óptimo de los miembros a reimplantar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Proporción de miembros amputados remitidos en isquemia fría y evaluados por parte de un cirujano capacitado dentro de las primeras 6 horas.

- Proporción de miembros amputados en los que se indica cirugía de reimplante o revascularización

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Consolidación de equipo microquirúgico formado en cirugía de reimplantes antes del mes de noviembre de 2016.

- Tras 6 meses de la consolidación de dicho equipo y el inicio de su actividad se realizará una evaluación de los indicadores establecidos.

- Tras 1 año de dicha consolidación se evaluarán nuevamente los indicadores establecidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0114 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CENTRALIZACION REGIONAL DE REIMPLANTES Y MANO CATASTROFICA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREAR UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE LA MANO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

2. RESPONSABLE ..... JULIO DELGADO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGULLO DOMINGO ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· GOMEZ ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· GARCIA GALAN MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PANIEGO LOPEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PARDO AZNAR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· LOPEZ CABRERA PALOMA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· PUERTAS PEÑA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Cirugía Plástica es el único servicio de esta especialidad existente en el SALUD y comparte con el Servicio de Traumatología el tratamiento de la patología menor de la mano.
Se ha detectado que la mayoría de pacientes derivados a nuestra consulta provienen de urgencias o de la unidad de musculoesquelético del Servicio de Rehabilitación.
Actualmente los pacientes con patología menor de la mano, fundamentalmente dedos en resorte, síndromes del túnel del carpo y enfermedad de De Quervain, acumulan una espera excesiva en líneas generales, siendo una patología en muchas ocasiones invalidante que genera días de trabajo perdidos en listas de espera quirúrgicas.
En el momento actual, los pacientes son valorados en una primera visita y se programan para cirugía sin ingreso (CSI). Posteriormente, son valorados por anestesia con pruebas complementarias según protocolo de CSI y finalmente intervenidos en régimen ambulatorio.
Hay que recordar que la mayoría de estos pacientes ya han sido valorados, diagnosticados y tratados de forma conservadora en el servicio de rehabilitación por lo que la primera consulta constituye una duplicidad. Además, por cuestión logística, la mayoría de estos pacientes se derivan a CSI lo que además conlleva una visita por anestesia y una analítica preoperatoria en muchas ocasiones innecesaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar la atención de los pacientes con lesiones menores de la mano, susceptibles de tratamiento ambulatorio.
Disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de las lesiones menores de la mano.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los objetivos se obtendrían coordinándose con el Servicio de Rehabilitación quién derivaría los pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico para la realización de dichos procedimientos en sala blanca bajo anestesia local.
Primera visita para realizar historia médica quirúrgica, última valoración e intervención quirúrgica en sala blanca en el mismo día.
Control postoperatorio en su centro de salud o consultas externas de Cirugía Plástica
Esto conllevaría una asistencia más rápida del paciente y una disminución del tiempo de espera quirúrgico, de las pruebas complementaria y la necesidad de anestesista en el procedimiento.
Actividades:
Crear un grupo interdisciplinar entre Rehabilitación y Cirugía Plástica. Responsable: Julio Delgado Martínez
Desarrollar una hoja de datos tipo Excel y registro de los pacientes con los datos necesarios para su posterior análisis. Responsables: Paloma López Cabrera y Javier Puertas Peña
Cribado de pacientes susceptibles de ser tratados quirúrgicamente tras fallo de tratamiento conservador sin gran comorbilidad que requiera apoyo anestésico o que tomen medicación anticoagulante o doble antiagregación.
Responsables: Maria José García Galán, Ana Paniego y Carmen Pardo.
Seleccionar los pacientes con patología menor de la mano, susceptibles de ser tratados ambulatoriamente. Se seleccionarán a partir de las nuevas peticiones de valoración remitidas por Rehabilitación que se complementaría con el historial médico obtenido de la historia electrónica del paciente. Responsables: Alberto Agulló Domingo y Julio Delgado Martínez
Citar a los pacientes seleccionados a la consulta de alta resolución con reserva de quirófano ambulatorio.
Responsables: Alberto Agulló Domingo y Julio Delgado Martínez
Intervención de los pacientes por parte del cirujano que decidirá en ese momento si la intervención realizada requiere un control específico por parte del servicio de cirugía plástica o puede ser controlada en su centro de atención primaria. Responsables: Lucia Gómez Escolar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
Indice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución
(a/b)x100:
a= nº de pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución
b= nº de pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución
Objetivo >70%

Indice de reducción de tiempo de espera

Proyecto: 2016_0386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREAR UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE LA MANO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

(a/b)x100:
a: tiempo de espera entre la derivación y el tratamiento en pacientes de la consulta de alta resolución
b: tiempo de espera entre la derivación y el tratamiento en pacientes de la consulta estándar
Objetivo <0,5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa se iniciará el mes de octubre de 2016 y finalizará en septiembre de 2017
La evaluación se realizará con los datos incluidos en la hoja de datos en enero de 2017 y al final del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JORDAN PALOMAR ELENA IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ RAMOS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARDO GARCIA INMACULADA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las neoplasias/lesiones de vulva son un problema de salud frecuente en la población femenina y supone un gran número de consultas en los Servicios de Ginecología. Además, el Servicio de Ginecología del HUMS es el centro de referencia para el tratamiento de las neoplasias malignas de vulva en Aragón. El tratamiento de dichas neoplasias es sobre todo quirúrgico, requiriendo de la realización de una vulvectomía, hemivulvectomía, tumorectomía… Dichas intervenciones, debido a las características del procedimiento y los tejidos afectos, pueden asociarse con una alta incidencia de dehiscencia y defectos de cobertura del área intervenida.

Las complicaciones descritas, en los casos más graves, van a requerir del uso de colgajos regionales para su cobertura, que son valorados y seleccionados por el cirujano plástico en dependencia de las características del defecto. Sin embargo, al hallarse los defectos de cobertura de forma postoperatoria, la reconstrucción se realizará de forma diferida, lo cual supone una prolongación en la estancia hospitalaria de la paciente y, lo que es más importante, pueden retrasar la aplicación de otros tratamientos oncológicos como la radioterapia. Frente a esta situación, nos encontramos con la reconstrucción inmediata, que se realiza en el mismo acto quirúrgico que la extirpación tumoral, pero que requiere de la evaluación preoperatoria de las pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica y de colaboración interdepartamental con el Servicio de Ginecología, debido a la necesidad de seleccionar la técnica reconstructiva previamente a la exéresis tumoral.

Debido a motivos organizativos y de coordinación, hasta ahora la mayoría de estas técnicas se realizan de forma diferida. Actualmente, el Servicio de Cirugía Plástica cuenta con la capacidad de realizarlas de forma inmediata, para lo cual es necesaria la implementación de un sistema de coordinación entre el Servicio de Ginecología y el Servicio de Cirugía Plástica.

Nuestra intención es implementar la evaluación preoperatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica de las pacientes que van a ser sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Ginecología, en el Hospital Universitario Miguel Servet, así como la reconstrucción inmediata de dichas pacientes en caso de considerarse necesaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía vulvar por parte del servicio de Cirugía Plástica.
- Que, dentro de las pacientes en las que se requiera una reconstrucción vulvar, la reconstrucción inmediata represente al menos un 75%.
- Lograr una colaboración estrecha entre los miembros de los Servicio de Ginecología y de Cirugía Plástica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Protocolización de las características de aquellas pacientes valoradas por el Servicio de Ginecología para decidir su remisión al Servicio de Cirugía Plástica.
- Protocolización de la evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Cirugía Plástica, así como de la reconstrucción inmediata y seguimiento postoperatorio por parte de dicho servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Proporción de pacientes sometidas a vulvectomía y otras intervenciones sobre la vulva, que cumplen los criterios establecidos en el protocolo, evaluadas preoperatoriamente por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

- Proporción de las pacientes sometidas a reconstrucción vulvar inmediata frente a diferida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Protocolización la reconstrucción vulvar inmediata en el Hospital Universitario Miguel Server antes de diciembre de 2016.
- Tras 6 meses de la realización de dicho protocolo y el inicio de dicha actividad, se realizará una evaluación de los indicadores establecidos.
- Tras 1 año se evaluarán nuevamente los indicadores establecidos.

Proyecto: 2016_0485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1440 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONCLUS FUERTES ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de Consulta Telemática de Quemaduras
Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de la Consulta Telemática
Adecuación de equipos informáticos
Formación del personal
Publicitación del proyecto
Organización citas, días, horas.....
Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios
Corrección de desviaciones
Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de Consulta Online : si/no
Nº de consultas totales online
Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)
Formación personal: septiembre 2017
Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017
Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_1350 ()

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL POLO BERNE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASENSIO ANES MIRIAM. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MARTIN LANA MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MONTERDE HERNANDEZ NORA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MARTIN RAMO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una actividad quirúrgica más agresiva que precisa de unos cuidados de enfermería más especializados junto a la crisis económica derivada en recortes tanto en material como en personal, implica un aumento notable de la carga de trabajo y en consecuencia un estrés que inconscientemente se acaba proyectando sobre los Cuidados de Enfermería al paciente y la atención a los familiares con disminución de la calidad percibida por los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Emerger los estresores más frecuentes según la escala “The nursing stress” y su versión castellana validada, permitirá poder proyectar las correcciones precisas mejorando el clima de trabajo de Enfermería y en consecuencia la seguridad clínica en el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Busqueda de bibliografía.
2.- Consensuar el formulario del “The nursing stress scale” con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad…)
3.- Reparto y contestación anónima.
4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.
5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.
6.- Puesta en marcha de los mismos.
7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pendientes de definir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividad 1:Junio-Agosto 2017
Actividad 2: Septiembre –Diciembre 2017
Actividad 3: Enero 2018
Actividad 4 y 5. Febrero-Marzo 2018
Actividad 6: Marzo-septiembre 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1365 ()

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... NELIDA BLANCO MANZANO
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEDRO MARQUEZ JOSEFA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· ASENSIO ANES MIRIAM. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Son varios (Volicer y Bohanon, Carr y Powers, etc…) los cuestionarios existentes para medir los estresores de hospitalización en el paciente. La existencia de “items” sobre la gravedad, la incertidumbre, miedo al dolor etc…. minimizan la importancia de los “items” dirigidos a medir la intimidad del paciente, y normalmente éstos van orientados hacia la confidencialidad y protección de datos siendo infravalorados los aspectos provenientes del hospedaje (compartir habitación, aseo, familiares de otos pacientes…) y la autonomía del paciente (cuña, camisón, limpieza corporal, inmovilización por goteros, sondas, injerencias sin aviso del personal sanitario…), situaciones que el paciente en la mayoría de los casos acepta con resignación pero no por ello constituye una causa seria de estrés y una percepción negativa en cuanto al respeto y despersonalización en el trato hospitalario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reflexionar, investigar y analizar las situaciones que vulneran la intimidad del paciente, principalmente las derivadas de las tareas propias de los cuidados de enfermería con la intención de realizar los cambios que fuesen posibles para su solución.
Para ello realizaremos entrevistas personales a pacientes de forma voluntaria de al menos tres días de estancia y capacidad cognitiva suficiente (30 pacientes)
Las Auxiliares de Enfermería, por la especificidad de sus tareas en cuanto a cuidados de higiene del paciente, parece ser el colectivo sanitario más próximo para realizar estas encuestas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Búsqueda de bibliografía.
2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos.
3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta
4.- Encuesta.
5.- Análisis y discusión de los resultados.
6.- Priorización de aquellos “items” más frecuente y búsqueda de soluciones.
7.- Puesta en práctica de las mismas.
8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en intervalos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pendientes de definir

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividad 1: Junio-Agosto 2017.
Actividad 2 y 3 :Septiembre-Diciembre 2017
Actividad 4: Enero a Mayo 2018
Actividad 5 y 6: Junio 2018
Actividad 7: Junio-Noviembre 2018
Actividad 8: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0387 ()

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION MARTINEZ CASAMAYOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ FALO CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· OTO PUYUELO IRENE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ANDRES GOMEZ NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La consulta de estomaterapia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) pertenece al Sector Sanitario II. Su población diana es la correspondiente a los centros de atención sanitaria primaria y especializada del Área II.
En colaboración con las Unidades de Hospitalización Quirúrgica se ha trabajado planificando la continuidad de cuidados de los pacientes portadores de una ostomía.
En marzo de 2015, dentro del marco de los Proyectos de Mejora que anualmente convoca el Servicio Aragonés de SALUD se propuso proporcionar soporte al seguimiento de dichos pacientes desde Hospitalización hasta la consulta de estomaterapia, mediante la elaboración de una hoja de continuidad de cuidados. Se estableció un circuito que permite registrar y transmitir la evolución del paciente durante la hospitalización a la enfermera experta.
En el mismo año y desde la consulta de estomaterapia, se realizó un estudio de investigación con el objetivo de identificar un posible perfil de persona ostomizada con mayor tendencia a desarrollar episodios de ansiedad y/o depresión, para prever una captación precoz y poder así realizar una atención enfermera temprana.
El análisis de los datos informaba que el marcaje previo del estoma, la situación laboral activa y el contacto con otras personas ostomizadas eran factores influyentes.
Las conclusiones del estudio nos llevaron a plantear que un factor protector importante, tanto para la ansiedad como para la depresión era el contacto con otros personas ostomizadas.
Dichas conclusiones y el objetivo de proporcionar continuidad, mejorando la calidad de los cuidados ofertados a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia, nos ha llevado a que es posible abordar este problema desde el ámbito de la enfermería, facilitando un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas.
Por todo ello, nos planteamos la necesidad de facilitar la creación de Grupos de Apoyo para pacientes ostomizados coordinados por personal experto desde la consulta de estomaterapia del HUMS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia previniendo episodios de ansiedad y depresión, y facilitando continuidad de cuidados mediante Grupos de Apoyo.
Facilitar un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se prevé diseñar un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluya varias fases:
1- Fase de preparación
- Diseño de la composición del Grupo de Apoyo. Pacientes y equipo multidisciplinar.
- Contactar con pacientes ostomizados que colaboren en un “aprendizaje del otro y con el otro”, aportando su autoconocimiento y experiencia, desde una óptica diferente a los profesionales y familia.
- Número de sesiones y periodicidad. 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril del 2017 de 16,30 a 17,10 horas, con un máximo de 8 pacientes recientemente ostomizados.
- Definición de propuestas de ayuda (Temas/sesión) a los pacientes ostomizados.
. Acompañar en la aceptación de la nueva situación entre otros pacientes ostomizados.
. Problemas de manejo del estoma en aspectos específicos de la vida diaria.
. Existencia de afectación psicológica, en su relación familiar, ambiente laboral o en su vida social.
. Resolución de dudas en el diseño de dietas adecuadas.
. Orientación cuando es precisa una reubicación laboral

Los temas abordados por profesionales durante 10 minutos iniciarán las sesiones facilitando un clima de participación interactiva entre “nuevos” y “antiguos” ostomizados, y profesionales en las sesiones.
La enfermera experta será la encargada de dinamizar las sesiones, promoviendo preguntas y estimulando la participación de los asistentes a la sesión del Grupo de Apoyo.

2- Fase de aprobación
Presentación a la Dirección de Enfermería del proyecto para su aprobación y apoyo.
3- Fase de difusión.
- Publicitar la creación y actividades programadas del Grupo de Apoyo en Atención Primaria y Especializada.

4- Fase de evaluación.
- Evaluación indicadores de proceso. Grado de cumplimiento de las sesiones propuestas del Grupo de Apoyo.
- Evaluación de indicadores de resultados. Medición, mediante valoración positiva/negativa anónima del grado

Proyecto: 2016_0387 ()

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES DE PROCESO.
- Número de sesiones del Grupo de Apoyo realizadas en relación a la programación de sesiones propuestas.
- INDICADORES DE RESULTADOS. Mejora del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Inicio Septiembre 2016.
• Evaluación final y memoria Abril 2017.

- FASE PREPARACIÓN: Septiembre-noviembre 2016.
- FASE APROBACION: Diciembre 2016.
- FASE DIFUSION: Diciembre 2016- marzo 2017
- FASE EVALUACION Y MEMORIA: Abril 2016
- MEDIDAS CORRECTORAS PROBLEMAS DETECTADOS: Abril 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_1790 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA ZUBIRI ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· ALONSO CASAS ELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· SORO LORENTE CYNTHIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· RIEZU OCHOA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Fototerapia es una técnica que consiste en aplicar radiaciones ultravioleta sobre la piel afectada por diversas enfermedades dermatológicas. La radiación puede ser Ultravioleta A (UVA) o Ultravioleta B (UVB) y puede aplicarse sobre todo el cuerpo con una cabina de cuerpo entero que tiene ambas lámparas, o con una máquina diseñada para el tratamiento de manos y pies. En nuestro Servicio disponemos de una cabina de Ultravioleta A y Ultravioleta B-BE de banda y una máquina para manos y pies. Dicho tratamiento se utiliza para procesos dermatológicos muy frecuentes en la población general; como psoriasis moderada/grave, psoriasis palmo-plantar, linfoma T, dermatitis atópica, prurito crónico, liquen ruber plano, etc.
Como ventajas con esta modalidad terapeútica conseguimos:
- Disminuir el gasto farmaceútico de los pacientes con psoriasis moderados/graves que precisan terapias sistémicas o biológicos de precio elevado y de las otras patologías susceptibles de tratamiento.
- Minimizar los efectos adversos de los fármacos tanto orales como tópicos.
- Accesibilidad al tratamiento ya que se realiza en horario de mañana y tarde.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
- Mejora de la calidad asistencial del paciente
- Disminución del gasto farmaceútico
- Disminución de efectos adversos
- Obtención de buenos resultados terapeúticos

El proyecto va dirigido a: Población Diana:
- Todos los pacientes del Sº de Dermatología del HUMS que padezcan patologías susceptibles de ser tratadas con Fototerapia.
- Pacientes de otros Servicios del HUMS (Hematología, etc) que puedan beneficiarse del mismo.
- Pacientes de otros hospitales que lo precisen, por no disponer de la técnica.
Pacientes mayores de 8 años, que presenten una enfermedad dermatológica susceptible de beneficiarse del tratamiento con Fototerapia y sin criterios de exclusión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formación de los facultativos responsables (Dras. Sánchez y Zubiri) en las indicaciones y realización de la técnica.
2. Formación por parte de los facultativos a las enfermeras que la ejecutan de su manejo, y detección de efectos adversos.
3. Diseño del circuito por el que los pacientes son atendidos.
4. Realización de una primera consulta con los facultativos responsables, para valorar indicación, tipo de técnica a utilizar, información (mediante de la entrega de una Hoja Informativa) y firma de Consentimiento informado.
5. En la mitad del tratamiento se realiza una visita de "control" de la evolución y resultados.
6. Entrega de Informe para su médico prescriptor al finalizar el tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Criterios de Evaluación:
1. Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa: 100%
2. Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adverso: 100%
3. Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%

Proyecto: 2016_1790 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2017- Noviembre 2017

- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri
- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.
- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.
- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.
- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.
- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0172 ()

1. TÍTULO

GUIA DE RECAMBIO DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE AP

2. RESPONSABLE ..... ELIA BUENO CAPAPE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HURTADO RUBIO CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GARCIA MIGUEL PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· PUERTOLAS PRIETO CAROLINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ORBANEJA ESCOBAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· PORTERO ARRIAZU CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· DE LA TORRE SANZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente los pacientes son trasladados cada 6 meses para realizar el cambio de PEG, suponiendo esto un grave trastorno para el propio paciente y la familia.
La realización de este cambio en el domicilio del paciente por su enfermera de AP reduciría por un lado su disconfort y minimizaría los gastos en traslado, tiempo de espera del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar la confianza y seguridad que ofrece a los cuidadores principales la realización de esta sencilla técnica por parte de su enfermera de AP.
- Disminuir traslados en ambulancia que suponen un elevado coste económico y tiempos de espera del paciente fuera de su entorno habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Adiestramiento del personal de enfermería de AP para la realización de la técnica del cambio y manejo de PEG y cuidados del estoma por parte del personal de enfermería de la unidad de endoscopias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario.
- Número de enfermeras formadas en la técnica.
- Encuesta de satisfacción de los cuidadores principales.
- Disminuir número de traslados en Ambulancia a la Unidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en septiembre del 2016 hasta septiembre 2018.
Cronograma:
Elaboración del dossier para A.P. octubre 2016.
Todos los viernes se programan sesiones de formación teórico- práctica de 2 horas, desde septiembre del 2016, en las cuales se abordarán los siguientes temas:
-->Técnica de gastrostomía y primer recambio.
-->Tipos de sondas PEG.
-->Realización de la técnica tutorizada por personal de enfermería de la unidad de endoscopias.
Fin del proyecto septiembre 2018.

9. OBSERVACIONES.
La formación del personal de AP no implica la desvinculación del paciente con el centro hospitalario ya que se prestará la colaboración necesaria ante cualquier duda o incidencia que pueda surgir tanto en el cambio de sonda como en los cuidados del estoma.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAZARO RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMO MONTERDE PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· RUIZ BELMONTE LARA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GOTOR DELSO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GRACIA RUIZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ZARAGOZANO GUILLEN RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente se realizan dos procedimientos en el tratamiento del hepatocarcinoma localizado y avanzado: Radiofrecuencia y Quimioembolización. El primero de ellos consiste en la ablación percutánea de hasta 3 tumores menores de 3 cm. La quimioembolización es la administración de tratamiento quimioterápico a través de la arteria que irriga el tumor. Los pacientes permanecen 24 horas en observación y si no hay incidencias son dados de alta. Ambos procedimientos son realizados por el Servicio de Radiología pero los pacientes ingresan a cargo del Servicio de Digestivo. El aumento de la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática, los nuevos tratamientos antivirales y que el Hospital Miguel Servet es centro de referencia de dichos procedimientos, ha supuesto un incremento de los mismos en los últimos años. Normalmente estos pacientes ingresan en el Hospital de Semana pero en ocasiones lo hacen en otras ubicaciones. Es por todo lo anterior, que creemos indicado realizar un protocolo de ingreso de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se plantea la homogeneización del manejo y tratamientos de estos pacientes.
Con esta iniciativa se pretende ofrecer una mejor asistencia a los pacientes dado que desde enfermería se tendrían estandarizados los tratamientos de manera global ajustados a las peculiaridades de cada uno de los pacientes según sus tratamientos domiciliarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecer el protocolo de administración de tratamiento ¨estandar¨ (canalización de via venosa, sueroterapia, antibioterapia y analgesia) y medicación habitual del paciente
- Realización de hemograma y coagulación antes de la realización del procedimiento (salvo que se especifique que el paciente dispone de una analítica reciente)
- Administración de tratamientos o transfusiones que se requieran para corrección de alteraciones analíticas.
- Reintroducción de la dieta oral cuando a las 24 horas del procedimiento si no ha habido complicaciones (dolor, fiebre..) en cuyo caso se avisará al medico responsable.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que ingresaran para realización de procedimientos intervencionistas y que se beneficiaran del protocolo de actuación 100 %
Porcentaje de pacientes con alteraciones analíticas que se corregirán antes del procedimiento 100 %
Porcentaje de pacientes que han requerido modificación de tratamiento o suspensión del procedimiento < 10%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO:
- Noviembre-16: Realización del protocolo tras reunion con servicios implicados.
- Diciembre-17: Figuración de los mismos en Intranet.
- Enero-17: Implementación del protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0259 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO FRAGO LARRAMONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAZARO RIOS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· LUZON SOLANAS LARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· FUENTES OLMO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ESPINA CADENA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· JIMENO AYLLON CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· FUERTES LAHOZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HOSPITALIZACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La mayor parte de indicaciones actuales de tratamiento en paciente con virus de la hepatitis C (VHC) vienen determinadas por el grado de fibrosis hepática. Los métodos disponibles para objetivar el grado de fibrosis son la biopsia hepática y/o, desde hace varios años, la elastografía hepática.
La elastografía de transición o FibroScan es una técnica de exploración incruenta, sencilla y rápida, que permite establecer el grado de fibrosis hepática sin necesidad de realizar una biopsia.
Dada la gran afluencia actual y probablemente futura de estos pacientes creemos necesario disponer de una derivación fluida entre Atención Primaria y la Unidad de Hepatología del Miguel Servet.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El acceso a la elastografía hepática actualmente queda reservada al ámbito hospitalario, por lo que, actualmente, los pacientes con VHC son derivados a consultas ambulatorias de Digestivo de Centro de Especialidades, donde se solicita la elastografía hepática. Una vez realizada la exploración, si el grado de fibrosis lo requiere, son derivados a la Unidad de Hepatología del Miguel Servet para iniciar tratamiento.
Todo ello conlleva una larga espera para el paciente y un gran consumo de recursos (1 visita de Atención Primaria, 2 consultas de ambulatorio de Área y 1 en consultas de Hepatología).
El objetivo de este proyecto es reducir el tiempo, número de consultas ambulatorias y, por tanto, de recursos, desde la derivación por parte de médico de Atención Primaria y la Unidad de Hepatología el Miguel Servet

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Desde Atención Primaria se solicitará la realización de elastografia hepática mediante el envío de un e-mail a la dirección (pendiente de creación) indicando datos básicos de paciente (edad, teléfono de contacto actualizado).
• Desde el Servicio de Digestivo se le llamará o se le enviará una citación para la realización de la misma en Consultas de Digestivo (Planta 2ª del Edificio de Consultas del Hospital Miguel Servet localizado en Calle Padre Arrupe).
• Según el resultado de la elastografia existen dos posibilidades:
- Si el pacientes tiene una Fibrosis F0-F1: Será controlado en Atención primaria recomendando la realización de elastografía cada aproximadamente 2 años
- Si el paciente tiene una Fibrosis =F2: al paciente se le entregará la cita para ser valorado en Consulta de Hepatología para plantear tratamiento de Hepatitis C y seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con VHC que son derivados para realización de elastografía hepática evitando el paso por Centro de Especialidades: 90%
Porcentaje de pacientes con VHC sin fibrosis significativa que son derivados a consultas de digestivo: <10%.
Tiempo medio desde derivación por Médico de Atención Primaria y decisión de seguimiento: < 3 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre-Diciembre: Información y selección de Centros de Atención Primaria para su implementación.
- Enero-Marzo-2017: Creación de nuevas consultas monográficas de hepatología
- Abril: Implementación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hepatitis C

Proyecto: 2016_0259 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Proyecto: 2016_0260 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

2. RESPONSABLE ..... LARA LUZON SOLANAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRAGO LARRAMONA SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· FUERTES LAHOZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· BARRAO YOLDI ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· CAMO MONTERDE PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· PUYOLES BRAVO MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· RUIZ BELMONTE LARA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades crónicas del hígado producen una acumulación progresiva de fibra colágena en el parénquima hepático. La biopsia hepática ha sido durante años el método de referencia para cuantificar la fibrosis hepática. Actualmente se dispone de alternativas no invasivas para cuantificar la fibrosis. La elastografía de transición (ET) o Fibroscan® cuantifica la rigidez del hígado, que es proporcional al grado de fibrosis hepática. En estos momentos, el fibroscan del que disponemos en el Hospital Miguel Servet es prestado por la industria farmacéutica 9 meses al año aproximadamente. Previamente se realizaban mediante petición o canalización externa al H.C.U Lozano Blesa. En el último año hemos realizado más de 200 exploraciones, no registrada a nivel del sistema informático.
Con este proyecto se pretende homogeneizar los resultados obtenidos e informatizar los mismos en intranet para disponer de resultados tanto en nuestro servicio, como a nivel de otros hospitales de diferentes sectores

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualmente el resultado de la prueba se entrega al paciente en mano, en papel térmico. Esto conlleva la posibilidad de extravío o deterioro del mismo que dificulte o impida su interpretación, lo que en ocasiones obliga a repetir la exploración.
La informatización de resultados mediante la inclusión en Intranet permitiría la visualización de forma sistemática en otras consultas, así como evitaría repetición de pruebas de forma innecesaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Documento con estratificación o grado de fibrosis, con gráfico adjunto al mismo que permitirá interpertración sencilla de resultados de forma visual tanto para el Digestologo, hepatólogo, como para otras especialidades.
Capacitación del personal de enfermería y médicos de la Unidad de Hepatología para la realización del mismo e inclusión de resultados en H.P Doctor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Resultados informativos en Intranet: 100%.
- Formación específica de enfermería: 2 D.U.E
- Monitorización y seguimiento del grado de fibrosis: 90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre-Noviembre-16: Realización de plantilla informatizada estandar.
- Diciembre-16-Enero-17:Contacto con servicio de Informática.
- Febrero-17: Formación de D.U.E.
- Marzo-Abril-17: Implementación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hepatitis C

Proyecto: 2016_0287 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SIERRA MOROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· VAL PEREZ JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En España el cáncer colorrectal es uno de los problemas de salud más importantes, ocupando el primer lugar en incidencia y siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer.
El cáncer colorrectal es una enfermedad que se puede prevenir. La estrategia del Sistema Nacional de Salud ya recomendaba en 2009 el cribado de cáncer de mama, cuello uterino y colon. Los programas de cribado poblacional tratan de asegurar un acceso equitativo, pero existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas; según informe de 2014 de la red de Programas de Cribado de Cáncer, nuestra comunidad se encuentra en desventaja, tanto en fecha de inicio (2013) como en la población incluida e invitada.
La experiencia ha demostrado que la detección precoz y el tratamiento de lesiones asintomáticas, mejora el control de la enfermedad, particularmente si están integrados en un programa completo de control de CCR.
Los programas de cribado juegan un papel relevante en la identificación de las personas con riesgo de presentar un cáncer hereditario y deben ser remitidas a unidades especializadas.
Se encuentra bien establecida la lesión premaligna a partir de la cual se forma el CCR, el pólipo adenomatoso, su resección endoscópica ha demostrado que reduce la incidencia y la mortalidad por CCR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo final es la reducción de la mortalidad por cáncer de colon en nuestra comunidad, participando en el programa de cribado y en la atención integral y completa del paciente con CCR y aquel con riesgo de padecerlo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proceso comienza con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, que invita a la población diana a participar, si acepta es valorado en consultas de enfermería ambulatoria y si cumple criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. Contamos con experiencia en la sedación del paciente.
Se creará un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.
Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada.
Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de cáncer hereditario, serán derivados a consulta de alto riesgo de CCR, creada para este fin.
En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesistas, radioterapeutas y oncólogos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7-1 INDICADORES DE PARTICIPACION:
TASA DE PARTICIPACIÓN
Número de personas con test de las invitaciones válidas en el año / Número de personas con invitación válida en el año x 100
7-2 INDICADORES DE PROCESO
-Tasa de personas con test inadecuados entregados en el año:
-Tasa de personas con test positivo
-Tasa personas con aceptación de colonoscopia
-Tasa de personas con colonoscopia completa realizada
-Tasa de personas con complicaciones graves en la colonoscopia
7.3 INDICADORES DE RESULTADO
Lesiones detectadas.
-Tasa de personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo.
-Tasa de personas con cualquier adenoma
-Tasa de personas con cáncer invasivo
-Porcentaje de cánceres en estadio I, II, III y IV
7-4 INDICADORES DE CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA
-Tiempo de espera tras la realización de SOH (<6 semanas)
-Proporción de exploraciones con preparación buena-excelente (>90% de las colonoscopias)
-Programa de endoscopias independiente para el cribado (existencia del mismo).
-Registro de complicaciones (existencia del mismo).
-Hoja de información y documentación de consentimiento informado (100% de exploraciones)

Proyecto: 2016_0287 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

-Acontecimientos adversos relacionados con la evaluación previa (<10%)
-Control y vigilancia de desinfección (nivel aceptable cada 3 meses)
-Personal capacitado (al menos dos endoscopistas que cumplan los requisitos de calidad)
7-4 INDICADORES DE LA CONSULTA DE ALTO RIESGO
-Número de pacientes enviados desde consulta/año
-Número de pacientes enviados tras la realización de colonoscopia/año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En septiembre de 2016 se empiezan a enviar las primeras cartas de invitación, progresivamente se irán incluyendo 13 ambulatorios y un total de 1280 pacientes hasta julio de 2017.
Desde septiembre de 2017 hasta abril de 2018 se incluyen los ocho 8 ambulatorios que completan el Área II con otros 1427 pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0833 ()

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

2. RESPONSABLE ..... PILAR CORSINO ROCHE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· MORALES MARINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
· GUALLART CALVO MARIA REYES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
· GOTOR DELSO JESUS. MIR. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ESPINA CADENA SILVIA. MIR. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El porcentaje de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) tratados con fármacos biológicos intravenosos en el hospital Miguel Servet, está aumentando de manera progresiva siendo actualmente una de las partes con mayor representación en el trabajo habitual de hospital de día. Los fármacos biológicos intravenosos utilizados en la EII son: Infliximab (Remicade ®), Vedolizumab (Entyvio ®), Natalizumab (Tysabri ®) 4) y CT-P13 (Inflectra ®) que es un biosimilar de infliximab. Estos fármacos son pautados por gastroenterólogos especializados en EII y son administrados por vía intravenosa habitualmente en Hospital de día y de manera ocasional en plantas de hospitalización en pacientes ingresados por brote de su enfermedad. Se trata de fármacos preparados por el servicio de farmacia el mismo día de su administración en los que por sus características y posibles reacciones alérgicas, previamente a su administración, se deben de realizar una serie de comprobaciones para minimizar al máximo los riesgos para el paciente y en caso de reacción infusional se debe de tener claro el protocolo a seguir.
Llevamos varios años administrando éstos fármacos en régimen de hospital de día a pacientes con EII, pero de forma no del todo estandarizada. A pesar de haber personal entrenado para ello, las necesidades del servicio y/o del hospital, hacen que haya cambios en plantilla y no siempre se encuentre personal de enfermería familiarizado con la administración de este tipo de fármacos. Además, en ocasiones, han de administrarse fuera de hospital de día, por lo que el personal de planta, no suele estar acostumbrado a trabajar con este tipo de tratamientos. Por todo ello, vemos necesario la creación de un protocolo de administración de fármacos biológicos que incluya un check-list de comprobación de seguridad previo a su administración, pauta de administración de premedicación y casos en la que es necesaria, normas para la infusión y un protocolo de actuación en caso de reacciones alérgicas relacionada con la infusión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejoría en la seguridad del paciente, evitando posibles errores que pueden aparecer cuando no existe una pauta clara a seguir.

- Posibilitar acceso de personal de enfermería no entrenado específicamente para este trabajo en la ocasión que se requiera.

- Administración de estos fármacos con seguridad en cualquier planta de hospitalización sin necesidad de que tenga que ser administrado por el personal que habitualmente lo hace en hospital de día y/o sin tener que desplazar al paciente hasta hospital de día

- Disminución del número de reacciones infusionales tras la protocolarización de la premedicación a infundir.

- Mejora en el manejo de reacciones infusionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realización del protocolo, siguiendo las guías y recomendaciones actuales para el uso de fármacos biológicos en la EII. El protocolo debe incluir: a) check-list previo a la preparación del fármaco biológico y administración, b) protocolo de administración y premedicación, c) protocolo de actuación ante una reacción infusional.

2. Presentación en el servicio de Digestivo para conocimiento del mismo tanto a personal médico como de enfermería.

3. Difusión y explicación del protocolo correspondiente, sobre todo en planta de hospitalización de Digestivo que es donde más habitualmente se administra fuera del ámbito de hospital de día.

4. Elaboración del protocolo según normas de la Unidad de Calidad Asistencial para que sea instalado en la intranet hospitalaria y sea accesible a todo el personal que quiera acceder a él.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Registro de todos los casos a los que se les administra el tratamiento biológico desde la puesta en marcha del mismo, para análisis posterior de eficacia y seguridad.

Proyecto: 2016_0833 ()

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

2. Registro de los acontecimientos hallados en la realización del check-list previo a la administración del fármaco que impidan la administración de éste y pauta llevada a cabo por el servicio de enfermería.

3. Registro de reacciones infusionales y protocolo de actuación llevado a cabo.

4. Encuesta de satisfacción en el personal de enfermería de precise utilizar el protocolo y que forme o no parte de su trabajo habitual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realización del protocolo: octubre de 2016
- Presentación y difusión del mismo noviembre de 2016
- Puesta en marcha del protocolo: desde diciembre de 2016
- Análisis de indicadores septiembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0842 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ESTRADA ABAD PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· MONZON ABAD ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ GERMAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· LARROSA LOPEZ RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII.
En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica.
Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantee la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

-Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinares hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.
o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .
o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.
o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.
o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de:
- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.
- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.
- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas,etc)

Proyecto: 2016_0842 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.
- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0866 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PROGRAMA DE TELEMEDICINA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BOUDET BARRACA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORSINO ROCHE PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· MORALES MARINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
· SANZ SEGURA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GARCIA CAMARA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), constituida por Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, conforma una patología crónica que alterna periodos de remisión con otros de actividad inflamatoria imprevisible, que puede requerir una rápida valoración y un tratamiento médico. El enfoque actual de las enfermedades crónicas contempla no sólo la enfermedad en sí misma (dimensión biológica), sino también la recuperación de la salud y el bienestar (dimensiones psicológicas y sociales de la persona), mejorando así la calidad de vida de los pacientes y el de su familia.

El alto índice de ocupación de las consultas dedicadas a la enfermedad, impide en ocasiones ofrecer la atención precisa en el lapso de tiempo deseable. Es necesario buscar herramientas que permitan al paciente un contacto y acceso rápido a una atención sanitaria cuando sea preciso.

El personal de la unidad puede además suministrar peticiones de pruebas, informes médicos o alertar a determinados pacientes sobre datos o informaciones recientes (Alteraciones analíticas relevantes, problemas con determinados fármacos,…) mediante estos canales.

La utilización de distintos medios (teléfono, mail, faxes, Webs, redes sociales,…) reduce la barrera comunicativa entre el paciente y el equipo sanitario y facilita estos objetivos de forma eficaz y económica. Gracias a estas herramientas, otras cuestiones que pueden surgir en el paciente durante su enfermedad, pueden ser resueltas de forma cómoda y rápida tanto para el paciente como para el personal de la unidad, ahorrando recursos que quedan disponibles para resolución de otros problemas.

Gracias a estos medios, se facilita además el acceso a información escrita complementaria sobre la enfermedad y temas relacionados, el aumento de adherencia al tratamiento o la integración del paciente en asociaciones de pacientes, aumentando así el grado de implicación del paciente con su enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La implementación de los medios propuestos, mejora la atención al paciente, y evita que se sienta desprotegido. Contribuye además a la adecuación de determinadas consultas presenciales o telefónicas, tanto en la propia unidad como en otros canales (Urgencias, secretarías de planta o endoscopia, personal de consultas,…) lo que supone una mejora en la calidad de la atención al paciente programado. Cuando el paciente utiliza estos medios para comunicar una situación urgente, obtiene una rápida respuesta por parte de su equipo médico habitual, optimizando el manejo de su patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Proponemos varias formas de contacto:

- Correo electrónico: Proporciona un medio de contacto mayoritariamente accesible. Sus ventajas son la disponibilidad sin limitaciones horarias e independiente de la ubicación del paciente. Permite el envío y recepción de documentos adjuntos (informes, imágenes, solicitudes de pruebas,...).

El personal sanitario puede ofrecer una respuesta en sus momentos de disponibilidad, permitiendo que algunas cuestiones puedan ser consultadas con otros miembros de la unidad o externos a ella en caso de ser preciso.

- Teléfono móvil: Contacto más inmediato. Accesible a toda la población Puede ser utilizado en caso de necesidad de respuesta urgente. Su principal limitación es la disponibilidad horaria del personal que atiende el servicio.
- Redes sociales: Transmiten información, eventos o ideas a los pacientes.
- Páginas web: Facilitar a los pacientes páginas web de fiabilidad contrastada.

El proyecto se llevará a cabo en la Unidad de EII del Servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet, compuesta por 3 digestólogos expertos en el manejo de EII y 2 enfermeras adscritas a la unidad, formadas en EII.

Las tareas y horarios de atención se reparten con el objetivo de que ninguna demanda que requiera atención prioritaria pase más de 24-48 horas sin respuesta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Recogida de las demandas de atención sanitaria realizadas por vía telemática a la unidad de EII del Hospital Miguel Servet.
Se realizará un registro del número y tipo de demandas efectuadas, calculando los porcentajes de demandas resueltas telefónicamente, vía email o presencialmente.
Se elaborará también un registro de las demandas resueltas por enfermería y de aquellas que cuentan con la intervención del médico responsable del paciente, derivación a urgencias, ingreso o interconsultas.
Con los datos recogidos, se propone la elaboración de un informe anual que permita comprobar la actividad efectuada, así como su efectividad.

Proyecto: 2016_0866 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PROGRAMA DE TELEMEDICINA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa ha iniciado su funcionamiento en prueba desde hace algunos meses, (especialmente en lo que se refiere a mail y presencia en redes sociales). Actualmente se realizan ajustes en las formas de recibir y responder las comunicaciones por parte del paciente.
La atención por medio de teléfono móvil se halla en trámites de alta en el momento actual.
No se prevé una fecha de finalización del programa.

9. OBSERVACIONES.
Presentado previamente con numero 723 (exceso de caracteres)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0949 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, COORDINADA CON EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO GARCIA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE LIDON RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· POVAR MARCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CASADO BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· JIMENO AYLLON CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· RUIZ BELMONTE LARA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica, de inicio habitual en jóvenes, que está aumentando en incidencia y prevalencia en los últimos años. Su influencia en la calidad de vida de los pacientes es muy negativa.
La EII es de manejo complejo, tanto por la enfermedad en sí misma como por los tratamientos utilizados, por lo que idealmente debe llevarse a cabo en unidades de atención integral multidisciplinar (UAIEII) y en centros con experiencia, hacia la que caminamos en nuestro servicio.
Su curso es crónico, con periodos de inactividad que alternan con “brotes” de actividad, y son frecuentes las complicaciones. Por todo ello, estos pacientes acuden con mucha frecuencia a los servicios de urgencias. Las decisiones allí tomadas son habitualmente difíciles (aún más para médicos de urgencias, no especializados en la EII) y con frecuencia determinantes.
En este momento, aunque en ocasiones se nos requiere a los médicos de digestivo para la valoración de los pacientes con EII que acuden a urgencias, no hay un protocolo/circuito que lo regule. Es por ello que pensamos que la creación de un protocolo de consenso para facilitar las decisiones en el servicio de urgencias de los distintos escenarios clínicos más frecuentes en la EII, sería de gran utilidad.
Este proyecto surge del trabajo colaborativo entre varios servicios de aparato digestivo de Aragón, se presenta de forma independiente en cada centro. Inicialmente se va a presentar para su implantación, como proyecto de mejora, en los hospitales Universitario Miguel Servet y Royo Villanova.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención en urgencias de los pacientes con EII, mediante la aplicación de un protocolo, que incluirá el apoyo del servicio de Digestivo/ unidad de EII (UEII) a los facultativos de urgencias cuando sea necesario.

Más concretamente se espera:
• Mejorar la coordinación entre los servicios de Urgencias y Aparato Digestivo en el manejo de los pacientes con EII atendidos en Urgencias.
• Optimizar el número de ingresos en pacientes con EII, definiendo claramente los criterios para ello.
• Evitar decisiones inadecuadas en los pacientes con EII que acuden a Urgencias.

• Permitir la citación precoz de aquellos pacientes con EII que acuden a urgencias y no requieren ingreso, pero si un rápido control en consulta especializada en la UEII.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Elaborar un protocolo de manejo de los pacientes con EII que requieren atención en Urgencias. Será consensuado entre Digestivo y Urgencias. Será sencillo y práctico (orientado a facilitar la toma de decisiones habituales, por escenarios concretos, con tablas/algoritmos de decisión). Incluirá un documento resumen corto, formato díptico / tríptico, con la información más relevante.
2) Elaboración del circuito de atención al paciente con EII en urgencias, especificando la forma de “comunicación” Urgencias / Digestivo / UEII. Incluirá “huecos” en las agendas de la consulta monográfica de EII.
3) Difusión del protocolo y del circuito de comunicación mediante reuniones con los médicos de urgencias y en sesión del servicio de Digestivo (formato PDF, situado en la intranet hospitalaria y formato para dispositivos móviles)
4) Implantación y puesta en marcha del protocolo.
5) Revisión de sus resultados (véase apartado siguiente).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- Elaboración del protocolo consensuado, que incluirá versión simplificada, todo ello también en formato PDF para dispositivos móviles.

.- Cuestionario sobre la idoneidad, aplicabilidad y utilidad práctica del protocolo entre los médicos de urgencias. Preguntará.
.- Indicadores de resultado:

- Número de pacientes con EII atendidos en urgencias por síntomas relacionados con su EII que ingresan o son dados de alta sin consulta previa con Digestivo/UEII.

Proyecto: 2016_0949 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, COORDINADA CON EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

- Número de pacientes con EII atendidos en urgencias por síntomas relacionados con su EII y que se ha consultado con Digestivo/UEII.

- Tasa de ingresos directos apropiados y no (de acuerdo al protocolo), entre los pacientes con EII atendidos en urgencias por síntomas relacionados con su EII.
Obtención del indicador: auditoría de las historias de pacientes que ingresaron.

- Análisis del “valor añadido” en los pacientes que se han consultado a la UEII, para la toma de decisión. Número de pacientes con cambios de decisión (alta por ingreso o viceversa, citación precoz en consulta monográfica, cambio de tratamiento).

- Número de pacientes con alta y citación precoz.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del protocolo consensuado, con las reuniones necesarias hasta su finalización (noviembre y diciembre de 2016).
- Inicio de aplicación del protocolo (enero 2017).
- Evaluación de indicadores y encuesta de satisfacción am médicos de urgencias a los 6 y 12 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1343 ()

1. TÍTULO

MEJORA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENT. AGUDAS Y PATOLOGIAS QUE REQUIEREN ANTIBIOTERAPIA ORAL, VISTAS EN URG. PEDIATRICAS

2. RESPONSABLE ..... RUTH GARCIA ROMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN LARRAZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
· CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
· FERNANDO MARTINEZ RUTH. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
· GARCES GOMEZ RAQUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
· LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PUIG GARCIA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ANDRES NILSSON ANA KARIN. MEDICO/A. CS CASETAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El último informe sobre uso de antibióticos en España (ESAC-Net 2011), muestra un incremento del consumo, hasta 20,9 DHD(dosis/habitante/dia) y mayor prescripción de penicilinas con inhibidores de betalactamasas, que producen más impacto en el ecosistema gastrointestinal, sobre todo en edad pediátrica.
Las patologías más prevalentes en niños, para uso de antibióticos, son la faringoamigdalitis aguda (50%) y la otitis media aguda (25%). Van a presentar diarrea asociada a antibióticos el 2-5% de los casos, sobre todo con amoxicilina-clavulánico (hasta 25%) o cefalosporinas (hasta 20%).
La recomendación del uso de probióticos supone un avance en el campo de la prevención de la diarrea asociada a antibiótico, pues aumentan la resistencia a la colonización por bacterias patógenas, interfieren con las toxinas patógenas y mejoran la inmunidad.

Otro motivo frecuente de utilización de los servicios de urgencias son las gastroenteritis agudas en niños, la mayoría, 80%, de etiología vírica, no existiendo tratamiento específico, sólo de sostén.
Existe evidencia suficiente, sobre la eficacia de los probióticos en la diarrea aguda infecciosa, mediante la estimulación del sistema inmunitario, la competencia por los sitios de adherencia a la células intestinales y la elaboración de sustancias neutralizantes de microorganismos patógenos. Los efectos son más notables cuanto más precozmente se administran. Nivel de evidencia I,grado de recomendación A. (Guía multidisciplinar SEGNHP-SEIP 2010).
La situación actual muestra, que a pesar de lo comentado, en los servicios de urgencias, no se realiza recomendación sistemática de probióticos. Puede influir la presión asistencial, pero, también, que el profesional considere que la recomendación de probióticos debe de realizarse en consultas de primaria. Sin embargo, con frecuencia estos niños, no son vistos por su pediatra en las siguientes 24 horas, con lo que se retrasa o, no se llega a iniciar el tratamiento.
Las consecuencias son peores resultados en salud, aumento del uso de recursos humanos y gasto sanitario.
Al tratarse de productos no financiados, su recomendación no supone un coste económico al sistema público, pero su adquisición sí que depende del consejo del pediatra. Estudios previos, entre los que se incluyen un proyecto de calidad del Salud, realizado en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1, año 2013, muestra una alta adherencia al consejo del pediatra, 70%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población incluida: Todos los pacientes pediátricos, que en el período del estudio, sean atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o por patología infecciosa que requiera antibioterapia oral.

Nuestra propuesta podría servir para:
Mejora del proceso asistencial en patología infecciosa infantil.
Mejora de la continuidad asistencial con Atención Primaria.
Mejora de la seguridad del paciente, al disminuir los riesgos asociados al uso de antibióticos, y la duración de la enfermedad
Aplicación de la experiencia llevada a cabo, en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Mejorar el conocimiento de los pediatras que atienden urgencias infantiles del uso de probióticos y de la importancia de su administración precoz.
- Recomendación sistemática en urgencias de probióticos, cuando la patología lo precise.
- Mejora del proceso asistencial y de la seguridad del niño.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Encuesta inicial dirigida a los miembros del Equipo, para valorar el conocimiento y opinión sobre uso de probióticos.
Sesión Formativa impartida por la coordinadora del estudio

Proyecto: 2016_1343 ()

1. TÍTULO

MEJORA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENT. AGUDAS Y PATOLOGIAS QUE REQUIEREN ANTIBIOTERAPIA ORAL, VISTAS EN URG. PEDIATRICAS

Reunión inicial y, al final del proyecto,de los miembros del equipo.
Encuesta de satisfacción a los miembros del Equipo al finalizar el proyecto.

Población incluida: Niños de 0 - 14 años, atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o patología infecciosa que requiera antibioterapia oral, en el informe de alta, constará por escrito, la recomendación de probióticos y posología.

Valoración de la adherencia a la recomendación del probiótico: Encuesta telefónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes en los que se cumple criterio de calidad de recomendación de probióticos.
Número de HCE, en las que conste en informe de alta recomendación de probióticos/total de HCE seleccionadas.
Se analizará el indicador en el grupo de GEA y antibioterapia oral.
- Adherencia a la recomendación: Nº pacientes que han comprado el probiótico / Nº a los que se ha recomendado.
No hay referencias previas de calidad. Limite superior 80%, inferior 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Julio 2017: Encuesta inicial, sesión formativa, puesta en común.
-Septiembre 2017: Inicio del proyecto de calidad. Se pretende que una vez iniciado, se aplique de forma sistemática y continudad, formando parte de la práctica habitual
Marzo 2018: Evaluación de indicadores seleccionados.
Junio 2018: Informe final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE ENFERMERIA ESPECIFICA PARA LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO GARCIA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· VICENTE LIDON RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· MARINA MORALES MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
· ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· CORSINO ROCHE PILAR. ENFERMERO/A. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA (IIS).
· GALAN DIEZ LAURA. ENFERMERO/A. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA (IIS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son un problema de salud muy importante: crónicas, con prevalencia y complejidad de manejo crecientes y es imprescindible su manejo por personal experto, dentro de unidades multidisciplinares de atención integral a la EII (UAIEII), para cumplir con los estándares de calidad establecidos e imprescindibles para su acreditación. La enfermería específica es clave, imprescindible, para disponer de una UAIEII y su efecto en la mejora de la atención a los pacientes será evidente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población "diana" de la intervención: pacientes con EII del sector. Enfermería específica en la UAIEII mejorará calidad y eficiencia, con estos objetivos concretos:
- Optimizar el control ambulatorio
- Continuidad asistencial
- Gestión eficiente de los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Enfermería de la UAIEII tendrá labor asistencial, docente e investigadora, con incorporación progresiva de las TICs. La labor asistencial se ajustará explícitamente a protocolos, será monitorizada y tendrá lugar en la consulta de enfermería y fuera de ella. Las funciones concretas serían:
1) Acogida de los pacientes en la primera visita
2) Cumplimentación periódica de la base de datos de pacientes EII, con especial atención a registro de fármacos con riesgo
3) Promoción de la salud general
4) Salud relacionada con la EII
5) Adiestramiento en autoadministración de tratamientos
6) Control de cumplimiento y seguridad (inmunosupresores y biológicos)
7) Coordinar equipo multidisciplinar
8) Asistencia directa del tratamiento con algunos fármacos
9) Centralizar la primera atención a demanda de los pacientes
10) Teleasistencia y autocuidado
11) Formación/docencia
12) Investigación:
13) Consulta de enfermería, con agenda específica
14) Nexo con los necesarios cuidados del médico de familia y de otros procesos asistenciales EII

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existen indicadores de calidad asistencial reconocidos (Calvet, JCC 2014; 8: 240). Inicialmente usaremos: nº de consultas telemáticas y su resultado (resolución por enfermería, citación en consulta médica), nº de consultas de enfermería (primeras y sucesivas), disminución del nº de consultas médicas por la consulta de enfermería, nº de pacientes que son atendidos por enfermería dentro del proyecto de mejora de urgencias, niños que siguen protocolo de transición y nº de pacientes tratados en el comité multidisciplinar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Una vez se disponga de enfermería:
1) periodo de formación: si la enfermera no es experta en EII; 3 meses.
2) Puesta en marcha de la consulta de enfermería de EII.

9. OBSERVACIONES.
Objetivo compartido con la jefatura del servicio es la creación de la UAIEII y obtener su acreditación (GETECCU: http://geteccu.org/formacion/programa-de-certificacion-de-las-unidades-de-atencion-integral-a-pacientes-con-eii). Enfermería con actitud y aptitud es clave para la viabilidad del proyecto

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE ENFERMERIA ESPECIFICA PARA LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_0852 ()

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

2. RESPONSABLE ..... JUAN LAIN MERCADAL
· Profesión ..... TECNICO DE ELECTROMEDICINA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ELECTROMEDICINA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ SERRANO PEDRO. INGENIERO/A. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· ESPIAGO GRACIA AGUSTIN. TECNICO DE ELECTROMEDICINA. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· CASAO HERNANDEZ JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· ARTIGAS GRACIA RAFAEL. TECNICO DE ELECTROMEDICINA. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· SOTERAS GABAS JOSE LUIS. TECNICO DE ELECTROMEDICINA. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· PORROCHE SORBE CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· BEISTY CHUECA MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Electromedicina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001-13485 desde el año 2010
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Electromedicina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 y 13485 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro plantenamiento es: Mantener las certificaciones y aumento de las incedencias en el SGC para los temas que surgen y tienen transcendecia e incrementar el registro de incidencias como intrumento de mejora de seguridad del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Para dinamizar e integrar el SGC entre los componentes del servicio, se habilita una via de más pracitca para la recogida de incidencias. Asi mismo el Grupo de mejora se implicara en la revision de estas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Aumento de incidencias por parte del presonal. Nº de personas que registran incidenias /Personal.

En el 100% de las reuniones del grupo de mejora se tratara la y evaluara el objetivo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Impantación de propuestas de mejoras aboradadas en la Revision por la dirección.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada tres meses hasta Diciempre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Merjorar la Calidad en el Servicio.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. .
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1134 ()

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES DE TORRES AURED
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ MOLINA CONSUELO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA HEPATOBILIAR
· FRANCES PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS VIAMONTE CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION
· GOMEZ JULIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. DIRECCION
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es uno de los problemas de salud que más encarece la atención a todos los SNS. De hecho, la CE ha planteado a los Estados miembros, que se arbitren fórmulas para paliar la DRE, tanto de prevención como de atención de manera que en 2025 la DRE sea prácticamente 0.
El papel de la enfermera es vital en la prevención y/o seguimiento de la DRE debido a que los sistemas de cribado son parte esencial de las intervenciones y cuidados enfermeros.
Aprovechando que la coordinadora de este grupo de mejora, es miembro de la Junta de Gobierno de la Alianza másnutridos (como delegada del Consejo General de Enfermería) e integrante de la Delegación Española en la Alianza Europea, hemos visto la oportunidad de mejora de la formación enfermera en el cribado nutricional, como contribución de esta Comunidad a la Lucha contra la DRE
Además, este Departamento de Sanidad actual, apuesta por la consolidación de las intervenciones enfermeras y por todos los aspecto de la nutrición.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dado que contamos con la implicación y colaboración activa de las tres direcciones de enfermería de AP de los Sectores I-II-III, así como con las de los hospitales Royo Villanova y Universitario Miguel Servet, se espera llegar a que el 80% de las enfermeras de AP y el 80% de las enfermeras de Unidades claves hospitalarias, estén formadas en la metodología del cribado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la formación, se utilizará el método de seminario teórico sobre la DRE (causas, síntomas y consecuencias); más un taller práctico corto, en el manejo de los test de cribado MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment Short Form). De esta manera, las enfermeras estarán adiestradas en cómo deben explicar al paciente las características e importancia de la valoración nutricional, así como sus consecuencias en la mejora de calidad de vida.
La coordinadora de este proyecto será la responsable de la primera formación a los miembros del equipo (formador de formadores) para que sean las enfermeras formadas, junto con alguna del grupo, las que vayan expandiendo la metodología al resto de compañeras de cada CS. Las dos enfermeras de hospital, serán las encargadas de la formación sucesiva de la enfermería de sus respectivos centros.
Todas las sesiones de formación estarán debidamente acreditadas por la CFC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador a medir, es la aplicación correcta del manejo de cada una de los dos test de cribado elegidos, para población adulta (MUST) y población anciana (MNA-SF).
Evaluación: Mensualmente la coordinadora del grupo de mejora de la calidad, recibirá la cuantificación de test que se han hecho en cada CS con un resumen de las situaciones de DRE encontradas.
Seguimiento: Trimestralmente la coordinadora del grupo de mejora, presentará en la Dirección General de Asistencia Sanitaria (en la sección que se le indique al efecto) los resultados de situaciones de DRE encontradas y cuál ha sido la deriva de ese paciente.
Trimestralmente, habrá reunión del grupo, para la puesta en común y seguimiento del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto es un modelo para la implementación generalizada -entre la enfermería aragonesa- de la metodología del cribado, hasta que seamos capaces de detectar la DRE en el 95%. En esta primer año se pondrán en marcha todos los métodos de formación detallados ut supra con el calendario descrito en el apartado 7).

9. OBSERVACIONES.
El planteamiento de este proyecto, es que tenga continuidad al menos dos-tres años más, hasta que el objetivo esté cumplido y la valoración nutricional al ingreso en el hospital, o la aplicación del cribado nutricional en pacientes en riesgo, sea una herramienta más dentro de las intervenciones enfermeras de AP.
Este trabajo se centra en ancianos, institucionalizados o no, pero también en adultos con riesgo de desnutrición.

Proyecto: 2016_1134 ()

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. La DRE puede ser transversal a cualquier patología, incluso patología en sí misma
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El hospital Militar de Zaragoza atiende a pacientes de nuestra área santiaria que al ser dados de alta de hospitalización pueden requerir nutrición enteral y/o espesante. Dichos pacientes no son valorados por la Sección de Nutrición y Dietética durante su estancia hospitalaria. Para la prescripción de nutricion enteral y/o espesante es preceptivo la valoración nutricional por parte de una Unidad de Nutrición y Dietética. Dichos pacientes son dados de alta con la indicación de nutrición enteral y/o espesante por parte de su médico de planta del Hospital Militar y se les remite a su médico de Atención Primaria, que a su vez los remite a Consultas Externas de Nutrición.
Este proceso ocurre igual con los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Para evitar dichos trámites se creó a principios de año una consulta específica de nutrición (GNUPRA) a la que se citan telefónia y directamente los pacientes antes de su alta.
Nos proponemos que los pacientes que son dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza sigan el mismo proceso que los del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los pacientes que requieren nutrición enteral y/o espesante al alta del Hospital Militar de Zaragoza son valorados en Consultas de Nutrición sin solución de continuidad al alta hospitalaria.
Consiste en:
-valoración nutricional
-prescripción de la nutrición enteral y/o espesante individualizado para el pacientes
- Informe para Inspección Médica
-Recomendaciones dietéticas en caso de no ser necesaria la nutrición enteral.
-Recomendaciones de cómo usar los espesantes
-Recomendaciones de cómo administrar la nutrición por sonda en caso necesario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se les atiende en consulta de lunes a jueves con una demora de un día (excepto fines de semana). La citación se realiza mediante llamada de teléfono directamente a consultas externas de nutrición, para citarla para el día siguiente. Abrir la consulta de GNUTRA para los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios fue complicado porque se pretendía gran agilidad en la citación. Para esto se requería que los pacientes se citaran directamente de un día para otro en la Consulta de GNUTRA.
Mediante el consurso de la Supervisora de Consultas Externas (Conchita Martinez), la Subdirección Médica (Maria Esther Carmen Garcés), Citaciones (Oscar Sienes) y la auxiliar de Consultas de Endocrinología y Nutrición (Mercedes Borja) se pudo abrir esta Consulta de Nutrición.
En la actualidad, incorporar a esta consulta los pacientes que van a ser dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza es menos complejo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 dias (2-4 días)
2- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%
3- Indicador de presión asistencia: numero de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dado que se trata de ofertar un servicio que ya se está realizando a otro hospital, la implantación es inmediata.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Proyecto: 2016_1405 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ACHA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRINCADO AZNAR PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ALVAREZ BALLANO DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GRACIA RUIZ MARISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MONREAL VILLANUEVA MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema de salud pública de enormes proporciones.
Su prevalencia conocida se sitúa alrededor del 7% de la población, y va en aumento con la edad. En Aragón se estima que existen unos 90.000 pacientes con DM. Presenta una incidencia anual de 10-12 casos nuevos /100.000 hab/año para DM1 y 60-150 casos nuevos /100.000 hab /año para DM2. La prevalencia estimada de pacientes con DM1 está alrededor de los 2000 pacientes.

En los últimos años, los distintos departamentos de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas han intentado dar soluciones a este problema y desde el año 2015, disponemos en Aragón de un Plan de Atención integral al paciente con Diabetes Mellitus tanto tipo 1 como 2.
Actuaciones globales que se pretender conseguir en relación al Plan Integral:
1. Establecer estándares para cada indicador, que nos permitan la evaluación comparada de los datos de nuestra área de salud, para compararla con el resto de Aragón y con el Estado.
2. Validar los indicadores de calidad con adecuación permanente del Plan Integral y de los protocolos.
3. Detectar problemas en las actividades de atención al paciente diabético (organizativas o estructurales...)
4. Realizar propuestas de mejora de la calidad con definición de indicadores de proceso y resultado, priorizando los problemas enfunción de su vulnerabilidad, transcendencia y disponibilidad de recursos de cada centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad en el cuidado de los Diabéticos tipo 1 atendidos por Especialistas en Endocrinología y Nutrición del Sector II.
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad dentro del plan integral de DM de Aragón en:
• Resultados a corto plazo: mejora del control metabólico (glucemia, colesterol, triglicéridos, tensión arterial, peso., despistaje de enfermedades autoinmunes asociadas, planificación de gestación en diabéticas tipo 1)
• Hipoglucemias graves o no reconocidas
• Resultados a largo plazo: disminución de la incidencia de casos de ceguera, de amputaciones, de insuficiencia renal, y de enfermedad cardiovascular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Reunión informativa (Mayo 2017)
2.- Recogidas de datos según el siguiente método:
Diabéticos tipo 1 (DM1) seleccionados por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de diabéticos de cada Centro de Especialidad u Hospital.
Selección de la muestra:
De cada población de referencia en los distintos centros se evaluará una micro muestra de historias de pacientes diabéticos. El tamaño se calculará multiplicando por 5 el número de unidades básicas de asistencia que integren el CES u Hospital evaluado
Al conocer la situación de partida y una vez evaluados los resultados, junto con los indicadores, podremos establecer las medidas pertinentes para mejorar la asistencia de los pacientes con DM1.
Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores de calidad propuestos se basan en los definidos en la Declaración de San Vicent y del propio Plan Integral.
Indicadores de proceso:

En relación con la organización
- número de visitas médicas y de enfermería (sin contar las no relacionadas con la diabetes, por ejemplo para recetas, etc.).
- número de intervenciones educativas de contenido diferente.

En relación con determinaciones de laboratorio

Proyecto: 2016_1410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II

- Determinación de colesterol LDL o No-HDL y HDL-colesterol.
- Determinación de hemoglobina glicada.
- Determinación de micro albuminuria.
- Determinación de Funcionalismo renal
- Determinación de endocrinopatías asociadas

En relación con las exploraciones
- Determinación de peso, talla, y tensión arterial.
- Fondo de ojo.
- Revisión de pies y estratificación del riesgo.

En relación con practica de autocuidados.
- práctica de autoanálisis de glucemia capilar domiciliario.

Indicadores de resultado:

En relación a resultados intermedios:
- número de pacientes con control aceptable de: hemoglobina glicosilada, Tensión arterial, IMC, nivel de lípidos.
- número de pacientes que utilizan los servicios hospitalarios por descompensación hiperglucémica o hipoglucémica severa.
- número de pacientes en tratamiento con antidepresivos/ansiolíticos:

En relación a resultados finales:
- Retinopatía – ceguera.
- Lesiones en pies: úlceras, amputaciones.
- Lesión renal: micro albuminuria,proteinuria, insuficiencia renal.
- Complicaciones cardiovasculares: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Mayo 2017- finalización prevista Noviembre 2017-03-29 Procesamiento de datos Diciembre 2017
Responsables los que figuran en anteriores apartados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_0625 ()

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GALINDO ALLUEVA MARIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· NAVARRO PARDO IRENE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· OLIER MARTINEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GASSO SANCHEZ AMALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PEREIRA BLANCO OLGA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARIAS SANCHEZ AGATA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La falta de adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas, es el principal factor de fracaso terapéutico. Se ve afectada por múltiples factores: la enfermedad, el paciente, el equipo sanitario y el tratamiento (efectos adversos y complejidad del tratamiento). Detectar y corregir los factores que pueden influir en la adherencia y monitorizarla de forma rutinaria son importantes para alcanzar el objetivo terapéutico. Una estrategia para mejorar la adherencia es la educación/formación del paciente, donde el farmacéutico tiene un papel relevante facilitando información oral y escrita, asegurando que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivando al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento. Otro importante aspecto es el conocimiento y control de las interacciones farmacológicas ya que la aparición de interacciones puede dar reacciones adversas o pérdida de efectividad. Los nuevos tratamientos de la hepatitis crónica virus C (VHC) tienen la posibilidad de numerosas y complejas interacciones que pueden comprometer la eficacia y seguridad de estos fármacos o de aquellos tomados concomitantes.
El consumo en el área de pacientes externos supone un alto impacto económico, conocer el gasto paciente/mes a través de un indicador ajustado a tiempo, permite conocer el gasto real y hacer comparaciones económicas entre distintos tratamientos para una misma patología y entre periodos de tiempo.
La valoración de la calidad de la atención percibida por el paciente se realiza a través de encuestas de satisfacción.
Este proyecto se inició en el año 2007, donde se valoró la calidad percibida por los pacientes. En 2008 se inició la línea de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH (89% de los pacientes naive información escrita). Durante 2009: 97% de pacientes VIH informados, se valoró la adherencia al TAR y se analizaron las interacciones. En 2010: 97% de pacientes naive informados y 32% de pacientes con cambios, se elaboró un díptico informativo de interacciones de ARV con fitoterapia, y se realizó encuesta de satisfacción con resultados generales muy positivos, pero no la ubicación. En 2011-2014 se continuaron con las actividades de información (97% pacientes VIH naive informados y 95% de cambios de tratamiento y 96% de antineoplásicos orales). En 2015 el 93.5% de los pacientes atendidos en la unidad de paciente externos estaban satisfechos con la atención recibida.
Coste medio/paciente/año VIH: 8670€ (2012) y 6.791€ (2015). En 2015 gasto/paciente medio/semestre de tratamiento con TB-reumatología (9.246€), Análisis de interacciones de 193 pacientes tratados con nuevos antivirales directos frente a virus hepatitis C (AAD), 244 interacciones encontradas con una media de 1.25 interacciones/paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Favorecer adherencia: paciente VIH y hepatitis C.
- Incrementar seguridad.
- Mantener la satisfacción del paciente en el área de pacientes externos a pesar del incremento de la actividad.
- Conocer el impacto económico del tratamiento a través de un indicador objetivo, ajustado a tiempo en tratamiento: VIH, TB reumatología
- Estudio calidad de vida de paciente VIH, en una muestra de pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualizar información al paciente VIH (Herminia Navarro (HN)
- Entrega información escrita. VIH, VHC (HN, Natalia de la Llama NDLL).
- Realizar encuesta de satisfacción (HN y NDLL).
- Valorar gasto/paciente/año: VIH, TB reumatología. (HN y NDLL).
- Revisar y valorar posibles interacciones VHC (HN y NDLL)
- Detección precoz de la no-adherencia en los tratamientos de VHC. Control semanal de recogidas de medicación.
- Diseño de un cuaderno personalizado de información al paciente en tratamiento de VHC, consensuado con el equipo multidisciplinar. (HN, NDLL).
- Entrega del cuaderno de información paciente VHC y cumplimentación según necesidades y agenda del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % pacientes VIH+ información escrita y oral (>95%)
- % de pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%).
- Seguimiento gasto/paciente medio/año VIH (mensual), TB reumatología (semestral/anual).

Proyecto: 2016_0625 ()

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

- % pacientes VHC revisión interacciones (>90%).
- Nº de pacientes en seguimiento para una correcta adherencia VHC. (>90%)
- Evaluación del % RVS obtenida tras tratamiento VHC.
- Evaluación de la calidad de vida (SF-12) en paciente VIH.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Actualización información TAR y tratamiento VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
2. Entrega información escrita VIH, VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
3. Realización/análisis encuesta. Diciembre 2016 y diciembre 2017).
4. Cálculo gasto/paciente medio/año TB, VIH. (Octubre 2016-diciembre 2017).
5. Valoración de la adherencia paciente VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
6. Evaluación del % de RVS obtenida tras el tratamiento de la VHC. Diciembre 2016 y diciembre 2017.
7. Elaboración del cuaderno personalizado de información al paciente VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
8. Valoración de la Calidad de vida paciente VIH.-diciembre 2016.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Seguridad y eficiencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología crónica, tratamientos de uso hospitalario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0943 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CASAJUS LAGRANJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRIETA NAVARRO RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CASTIELLA GARCIA MARINA. FIR 4º. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. RM ELIAS MARTINEZ DE TORRERO (IASS). GERIATRIA
· SANCHO GINER MARIA ISABEL. MEDICO/A. RM ROMAREDA (IASS). GERIATRIA
· TORRES ANORO ELENA. MEDICO/A. RM ROMAREDA (IASS). GERIATRIA
· LORENTE MIRALLAS CARMEN. MEDICO/A. RM LAS FUENTES (IASS). GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En Aragón desde el año 2010 los servicios de Farmacia de Hospital han asumido la dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios (CCSS)de titularidad pública de su sector.

Actualmente en el sector Zaragoza II el Servicio de Farmacia del HUMS gestiona la provisión de la farmacoterapia y nutrición enteral en los CCSS del IASS: Elías Martínez(Torrero)(200 residentes), Romareda (200 residentes) y Las Fuentes (80 residentes).

Tras la reciente implantación en los CCSS de la prescripción electrónica asistida con el programa informático Farmatools® (el utilizado en todos los hospitales del salud), el farmacéutico dispone de información actualizada de las prescripciones específicas de cada residente, de forma que cada modificación realizada por el médico, es validada por un farmacéutico garantizando la adecuación de la prescripción. Además se realizan recomendaciones para adaptar las prescripciones a los medicamentos disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital, disminuyendo por tanto la necesidad de prescribir por receta y como consecuencia, el gasto farmacéutico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la eficacia y la seguridad de los medicamentos a través del incremento de las intervenciones farmacéuticas.
Disminuir el número y el gasto en recetas de los CCSS
Optimizar el gasto farmacéutico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valorar la idoneidad de las prescripciones de acuerdo a las características del paciente (atención farmacéutica)
Evaluación y seguimiento del número y el gasto por receta de cada CCSS mediante los datos obtenidos del programa Farmasalud®.
Valorar la idoneidad en el modo de provisión del medicamento, a través del Servicio de farmacia del Hospital o de recetas a oficina de farmacia, para asegurar que sea el más eficiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación cuatrimestral de las recetas. Indicador:
- Número y coste medio en recetas por residente y CCSS y comparación del mismo con el año 2015. (indicador : disminuir coste año 2015 8% (media de los 3 CCSS)
- Coste total en medicamentos por residente y CCSS (indicador : disminuir coste año 2015 5%)

- % gasto en recetas que podría haber sido evitado = gasto en recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ gasto recetas total

- % número de recetas que podría haber sido evitado = número de recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ número de recetas total .
Indicador: % de intervenciones aceptadas (evaluar)
Los indicadores se evaluaran cuatrimestralmente y se compararán con los resultados del año 2015, año previo a la implantación de la PE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en el primer cuatrimestre de 2017. Periodo de análisis inicial de 1 año y reevaluación de objetivos en función de los resultados alcanzados

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ANCIANO

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0943 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0969 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ASCASO MARTORELL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PLANA FERNANDEZ BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· VICTORIA LIARTE FRANCISCO JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LUCAS HERNANDEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCES SAN JOSE CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALINDO ALLUEVA MARIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El dolor es definidos por la International Association for the Study of Pain como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión”, siendo, por tanto, una experiencia subjetiva que requieren de instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.
Es conocido que el dolor puede provocar importantes consecuencias de tipo familiar y laboral, deteriora las relaciones sociales, causa alteraciones del sueño y se relaciona con la aparición de depresión y ansiedad, de manera que es imprescindible tratarlo correctamente para minimizar estas consecuencias.
En los Servicios de Urgencias el dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes (en torno al 50%) y es uno de los síntomas que más sensación de urgencia genera, siendo fundamental en la valoración de la urgencia de los pacientes. De hecho, en los sistemas de triaje es un síntoma que valora al alza la necesidad de asistencia, es decir, prioriza la atención del enfermo a un escalón superior, ya que la puntuación de la escala de dolor condicionará en muchas ocasiones el nivel de triaje. Sin embargo, varios estudios, entre los que destaca el EVADUR, han puesto de manifiesto que el manejo del dolor es una de las principales causas de que se produzcan eventos adversos en los Servicios de Urgencias
La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital, siendo cada vez más los Servicios de Urgencias que han incorporado esta recomendación.
Por ello se considera necesario que se desarrolle un protocolo del manejo del dolor en el Servicio de Urgencias del HUMS que ayude a prevenir, mitigar y tratar el dolor en los pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Consensuar los criterios de valoración y manejo del dolor en el Servicio de Urgencias, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia.
Mejorar el manejo del dolor en los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias
Mejorar los registros de valoración de la intensidad del dolor
Disminuir la tasa de eventos adversos relacionados con el manejo del dolor
Mejorar la formación del personal sanitario en el manejo del dolor

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación grupo de trabajo.
Estudio de la situación actual
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que cumplen con las recomendaciones establecidas en el protocolo sobre manejo del dolor. Fórmula: (Pacientes en los que se ha aplicado el tratamiento consensuado sobre manejo del dolor/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: No procede; Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que acuden a Urgencias por dolor con registro de valoración de la intensidad. Fórmula: (pacientes que acuden por dolor a Urgencias con registro de valoración/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado una revaloración del dolor en el tiempo definido. Fórmula: (pacientes con dolor a los que se realiza revaloración/pacientes que permanecen en Urgencias el tiempo suficiente para requerir revaloración)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que por sufren eventos adversos relacionados por mal manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Fórmula: (pacientes que sufren eventos adversos/pacientes que acuden por reingreso por dolor)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: 7% según bibliografía; Objetivo: <7%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Descripción del porcentaje de pacientes que acuden por dolor según su intensidad. Fórmula: (pacientes con dolor

Proyecto: 2016_0969 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

leve, moderado, intenso o insoportable/ pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Objetivo: Monitorizar. Evaluación anual. Diciembre 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación grupo de trabajo. Septiembre 2016.
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Octubre 2016-Marzo 2017.
Difusión protocolo del manejo del dolor. Realización tríptico, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería. Marzo-Abril 2017
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo. Noviembre-Diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DOLOR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0979 ()

1. TÍTULO

CREACION DE UN ESPACIO WEB DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... VICENTE GIMENO BALLESTER
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VICENTE ITURBE CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· OLIER MARTINEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PEREIRA BLANCO OLGA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARIAS SANCHEZ AGATA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La creciente producción de información terapéutica, en especial farmacológica, y la rapidez con que se modifica y renueva la evidencia en las ciencias biomédicas, contrasta con el insuficiente tiempo y la escasa formación de los profesionales de la salud para mantenerse actualizado y a la vez garantizar la mejor atención a los pacientes, soportada en evidencias confiables.

Así mismo, es cada vez más fácil el acceso a información proveniente de ámbitos no técnicos y medios masivos de comunicación, la cual suele ser insuficiente e inadecuadamente procesada. Mientras que, es común que la industria farmacéutica sea una de las principales fuentes de información para los profesionales, la cual puede tener los sesgos propios de la actividad comercial que la motiva.

Por otro lado, la creciente demanda de información sanitaria creada por la población ha llevado en los últimos años a la aparición de numerosas webs y portales sanitarios. La búsqueda de este tipo de información también es frecuente entre los pacientes, sobre todo cuando la enfermedad que padecen genera gran ansiedad e impacto. En muchos casos, la causa de esta búsqueda estaría relacionada con la sensación que tienen algunos pacientes, que consideran que la información que reciben de sus médicos y demás profesionales de la salud es insuficiente.

En cuanto a la calidad del contenido científico de las webs, existen diversos estudios que comparan la información de las páginas webs con guías clínicas o meta-análisis basados en la evidencia disponible no cumplen los requisitos de calidad mínimos exigibles por las guías clínicas de la especialidad correspondiente. Además, es importante tener en cuenta que la información sobre salud disponible en Internet puede suponer situaciones concretas de peligro para la salud de los ciudadanos, debido a información mal orientada o de poca calidad.

Por otro lado, la expansión del rol de los pacientes en la toma de decisiones y la complejidad del manejo clínico de los tratamientos requieren la puesta en marcha de estrategias que faciliten la información y la participación activa de los pacientes en las diferentes fases del proceso farmacoterapéutico.

Estas circunstancias hacen que el personal de salud y los pacientes se enfrenten a la necesidad de apoyo en el análisis crítico de la información disponible de forma que se cuente con información balanceada, confiable, apropiada, comparativa y correspondiente al contexto para ser tomada como herramienta de decisión y a través de fuentes de información independientes y de fácil acceso.

Tanto en la prestación del servicio de información, como para el adecuado funcionamiento de un Centro de Información de Medicamentos es importante contar con fuentes de información no sesgada, de alta calidad, objetivas e idealmente que resuman la investigación de la evidencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Promover el uso racional de los medicamentos a través de la información técnica y científica, objetiva, actualizada, oportuna y pertinente debidamente procesada y evaluada.
• Acercar el conocimiento de las funciones del Servicio de Farmacia hospitalario a los pacientes y facilitar el acceso y la disponibilidad de la medicación.
• Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento farmacológico para, de esta manera, facilitar una correcta administración, mejorar la adherencia, disminuir los errores de medicación y fomentar estilos de vida saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Creación de una página web del Centro de Información de Medicamentos dentro de la web del Hospital con información permanentemente actualizada sobre el Servicio de Farmacia y sobre los medicamentos dirigida a pacientes.
• Información científica, objetiva y actualizada a los profesionales sobre los nuevos medicamentos evaluados por el Comité autonómico.
• Difusión de alertas sanitarias de interés para los profesionales y pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Medida de indicadores: semestral.
• Creación espacio en la web de información de medicamentos (2º semestre 2017)

Proyecto: 2016_0979 ()

1. TÍTULO

CREACION DE UN ESPACIO WEB DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- % medicamentos nuevos evaluados por la Comisión con ficha farmacoterapéutica de evaluación publicada (>50% año 2017)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Diseño de una página web dentro de la web del hospital (enero-junio 17)
- Publicación de las fichas faramcoterapéuticas (enero-diciembre 17)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Se dirige a toda la población
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1005 ()

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

2. RESPONSABLE ..... MOISES URIARTE PINTO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO BALLESTER VICENTE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VIÑARAS FRAGUEIRO ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· YUBERO CISNEROS ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VELA FUENTES RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GUALLART CALVO MARIA REYES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (37.240 preparaciones sólo de citostáticos en 2015) puede favorecer que se cometan errores en su preparación. También se ha demostrado que en los hospitales se producen errores en la administración de fármacos IV a pacientes a pie de cama y la gravedad de estos errores va asociada a la toxicidad de los medicamentos infundidos. Uno de los grupos que pueden provocar una mayor morbi-mortalidad son los fármacos citostáticos considerados medicamentos de alto riesgo por su elevada toxicidad y por el gran número de tratamientos diarios distintos que se administran.
Herramientas tecnológicas como los sistemas de identificación de medicamentos y de pacientes han mostrado ser muy útiles para disminuir los errores en la etapa de administración. Existen varios sistemas disponibles: Identificación por radiofrecuencia, código de barras, data matrix, etc que permiten un doble registro, para confirmar que el paciente correcto recibe el fármaco correcto, en el tiempo, dosis y vía prescritas.
A nivel de elaboración y fabricación de medicamentos también es importante disponer de tecnología como un instrumento de gestión, seguridad y trazabilidad, para asegurar la idoneidad de los preparados tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mantener PE en hospital de día de Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología.
- Generalizarla en el Hospital de día Hematología.
- Formación continuada del personal de enfermería del laboratorio de farmacia y del Hospital de día.
- Mejorar la seguridad en la preparación mediante la identificación a través de código de barras de todos los componentes utilizados en la preparación de citostáticos e identificación inequívoca de que el medicamento elaborado corresponde al solicitado mediante la utilización de código de barras y la implantación de un sistema de control de doble pesada (implantar programa trazascan) .
- Mejorar la seguridad en la administración de citostáticos comprobando en todos los pacientes mediante lectores de códigos que el paciente recibe lo que tiene prescrito por el médico y en el orden correcto (generalizar el uso en todos los pacientes de Oncoscan).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos de Hematología, Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología. (Servicio de Farmacia)
2. Realización de sesiones formativas en el manejo del programa Oncoscan al personal de enfermería de hospital de día oncología y de Trazascan al personal de farmacia (Servicio de Farmacia)
3. Realizar etiquetado con código de barras de los citostáticos utilizados en farmacia (Personal técnico Servicio de Farmacia)
4. Control por pesada de los citostáticos preparados (Personal técnico Servicio de Farmacia)
5. Comprobación por código de barras de la concordancia paciente y citostáticos (Enfermería Servicio de Farmacia)
6. Valorar las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
7. Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación y preparación dentro del tiempo que están citadas (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
8. Seguimiento del consumo de medicamentos en oncología y hematología. (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº prescripciones informatizadas/Nº prescripciones totales. (>85%)
2. Nº de preparaciones controladas con pesada/Nº de preparaciones realizadas. (>80%)
3. Nº de preparaciones descartadas/nº preparaciones realizadas (<10%)
4. Nº pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de pacientes (>70%) (2º semestre)
5. Nº preparaciones para pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de preparaciones realizadas (>90%) (Último trimestre)
6. Tiempo medio de espera entre prescripción y validación. (<30mín)
7. Preparaciones con cita preparadas sin retraso (>90%)

Los indicadores se obtendrán con una periodicidad trimestral del programa informático del SF.

Proyecto: 2016_1005 ()

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Sesiones informativas y de formación en el programa de trazabilidad: durante todo 2017.
- Generalizar uso Oncoscan: enero-junio 2017.
- Implantación Trazascan. Enero-junio 2017.
- Valorar preparaciones fuera de rango: enero-dicimebre 2017.
- Valorar tiempos de espera y de demora prescripción/Validación: Enero-diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1057 ()

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

2. RESPONSABLE ..... MARIA REYES ABAD SAZATORNIL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· IZUEL RAMI MONICA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARRIETA NAVARRO RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PERRINO GARCIA MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La prescripción electrónica asistida (PEA) es una de las medidas que más contribuye a mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos pues permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático que dispone de una serie de ayudas, orientado hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, y evita los errores de transcripción. El Sistema de Dispensación automatizado (SAD) ligado a PEA consigue optimizar los circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades e imputar los consumos de medicamentos por paciente.
Actualmente existen 4 unidades con PEA ligadas a SAD, 6 unidades con PEA y 2 unidades con SAD. El principal objetivo de este proyecto es implantar en Urgencias, que actualmente dispone de SAD, la PEA, y conectar ambos sistemas. De esta manera se conseguirá mejorar la calidad de la prescripción y la administración en este servicio, implantando medidas que fomentan la seguridad del paciente. Además, se optimiza el proceso de unidosis, ya que la prescripción se realiza en el mismo programa informático desde que el paciente ingresa en Urgencias hasta que se le da el alta desde una de las unidades que ya dispone de PEA, evitando que los posibles errores cometidos relacionados con la prescripción en Urgencias perduren durante el resto del ingreso e incluso al alta del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantación de la PEA en Urgencias en las salas de observaciones, aislamiento y saturación, mejorando la calidad de la prescripción, evitando situaciones de prescripciones incompletas y/o con errores, interacciones, duplicidades terapéuticas, alergias…
Conexión PEA ligada a Pyxis en Urgencias: se mejorará la seguridad en la administración de medicamentos, reduciendo los errores por una inadecuada selección de medicamentos, así como se mejorará la imputación de consumos por paciente.
Homogeneización de las perfusiones en el hospital: Se unificarán los sueros utilizados en las perfusiones en todas las unidades con PEA para evitar errores en la prescripción y/o administración.
Validación pacientes ingresados en Urgencias: se mejorará el circuito de comunicación de las intervenciones realizadas en la validación de los tratamientos de los pacientes ingresados en Urgencias, realizándose a través de Farmatools.
Mantenimiento de las ayudas a la PEA: se actualizará la información referente a interacciones, alergias, recomendaciones de ajustes posológicos y formas de administración.
Adecuación contenido SAD a necesidades de las unidades: se revisarán los medicamentos sin retiro en los últimos 6 meses y aquellos prescritos más frecuentemente no incluidos en pyxis.
Mejora de las condiciones de conservación en kardex/Pyxis: se realizarán revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD
Mejorar del control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Se revisarán los usuarios autorizados con acceso al SAD de cada unidad en la que esté disponible.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Introducción protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias para agilizar PEA
Homogeneización sueros y concentraciones utilizados en perfusiones en las unidades con PEA
Formación al Servicio de Urgencias sobre funcionamiento de Farmatools
Formación sobre funcionamiento de Farmatools a todos los facultativos de los Servicios clínicos que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de intervenciones realizadas en unidades con unidosis/SAD. Objetivo: >100 por farmacéutico (excluido FACE)
Tasa de intervenciones aceptadas. Objetivo: >80%
Tasa de dispensaciones en Urgencias imputadas a paciente ficticio. Objetivos <15%
Tasa de perfusiones prescritas en Urgencias utilizando el suero y la concentración protocolizado. Objetivo: >60%
Actualización anual de interacciones en Dominion. Objetivo: Sí
Tasa de medicamentos incluidos en SAD sin movimiento en los últimos 6 meses. Objetivo: <5%
Tasa de revisiones para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD sin incidencias. Objetivo: <10%

Proyecto: 2016_1057 ()

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Tasa de unidades en las que se han revisado los usuarios con acceso al SAD. Objetivo: >95%
Nº de prescripciones electrónicas realizadas en Farmatools en urgencias (>80% segundo semestre 2017)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Introducción protocolos farmacoterapéuticos. Octubre 2016
Homogeneización sueros y concentraciones. Octubre –diciembre 2016
Formación de los facultativos y de personal de enfermería del Servicio de Urgencia. Noviembre –dic 2016
Mantenimiento de las ayudas a la prescripción electrónica. Enero-Junio 2017
Mejorar las condiciones de conservación en kardex/Pyxis. Mensual
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis. Semestral (Junio y Diciembre)
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Diciembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1083 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

2. RESPONSABLE ..... PABLO PALOMO PALOMO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LOPEZ MIRETE ANTONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· SANCHEZ LOPEZ ROSABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CASTIELLA GARCIA MARINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.
En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 “No Conformidades”, e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.
Nuestro plantenamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisistos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas la acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preaparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los

Proyecto: 2016_1083 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

objetivos fijados. Objetivo: Sí

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revision por la Direccion: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1615 ()

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

2. RESPONSABLE ..... ITZIAR LARRODE LECIÑENA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABALLERO PEREZ VICTORIA. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· ABAD SAZATORNIL MARIA REYES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· IZUEL RAMI MONICA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VICENTE ITURBE CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· MAGALLON MARTINEZ ARANTXA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· BESTUE CARDIEL MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos pediátricos (CPP) como cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo familiar. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento específico.
En Aragón, existe una gran laguna en este campo debida a una prestación variable e inequidades en el manejo del paciente. Recientemente se ha incluido en Cartera de Servicio una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) específica para pacientes de 0 a 18 años. Dicha unidad ha surgido con un enfoque interdisciplinar para lograr establecer los cuidados paliativos en un contexto domiciliario, favoreciendo el hogar propio como mejor lugar para los cuidados y el fallecimiento. Existen diferentes niveles de atención, una es la consulta y otra es la hospitalización domiciliaria. Esta última se organizará en visitas programadas a domicilio de periodicidad semanal, quincenal o mensual, que variará según la situación clínica de los pacientes.
El farmacéutico tendrá como objetivo lograr una provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar mejores resultados en salud y en seguridad en todo el proceso en el que interviene el medicamento. Para desarrollar el proyecto es fundamental la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la UCPP domiciliarios y posterior validación farmacéutica. La PEA es una herramienta que incorpora diversos mecanismos de ayuda a la prescripción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto es establecer una colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP para la gestión de una farmacoterapia a domicilio para los pacientes subsidiarios.
Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la PEA del tratamiento y en la formación al personal de enfermería/padres para la utilización de listados de administración, en el programa Farmatools®.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará el botiquín de la UCPP de acuerdo a la guía farmacoterapeútica del HUMS y acorde a la necesidades de la unidad.
El farmacéutico realizará la adquisición directa y eficiente de los medicamentos al proveedor garantizando una adecuada disponibilidad en función de la demanda de la UCPP.
Se realizará reenvasado y etiquetado de medicación en caso necesario para asegurar una buena identificación de los mismos y prevenir posibles problemas relacionados con la identificación de los mismos.
Se prepararán fórmulas magistrales adaptadas a las necesidades individuales de los niños, proporcionando información en cada caso sobre las instrucciones de administración, adecuada manipulación, conservación y utilización de las mismas.
Se validará la farmacoterapia previa a su dispensación. El farmacéutico participará en la sesión semanal junto con todo el resto del equipo para estar al día de la situación clínica de los pacientes y poder ayudar en la toma de decisiones en relación a la farmacoterapia. En los nuevos pacientes que se incorporen a la UCPP se llevará a cabo conciliación de la medicación para adecuarla a la medicación disponible en la guía farmacoterapeútica del HUMS.
Se realizará la dispensación en hospitalización domiciliaria. La farmacoterapia se dispensará de forma individualizada y de acuerdo a la prescripción y en función de la periodicidad de las visitas programadas por el equipo de la UCPP. La medicación se dispensará desde el Servicio de Farmacia al equipo de UCPP, siendo necesaria una estrecha coordinación entre equipos. Se dispensarán la nutrición enteral de forma individualizada organizando el proceso a través de la red establecida de dispensación a través de centros de atención primaria del sector II.
Se gestionará la dispensación de estupefacientes a cada paciente ingresado en domicilio de acuerdo al protocolo interno de gestión de estupefacientes del centro HUMS.
El farmacéutico estará disponible para la resolución de consultas telefónicas relacionadas con la farmacoterapia.
Desde el servicio de farmacia se promoverán estrategias que incrementen la seguridad en el manejo de la farmacoterapia. Se establecerá un circuito de notificación de errores de medicación y reacciones adversas detectadas, mediante un impreso de fácil cumplimentación con los siguientes ítems: persona que lo detecta, tipo de incidente notificado, medicamento implicado, breve descripción del incidente, si se trata de un error de medicación si alcanzó al paciente y en caso afirmativo, si produjo daño al paciente o la necesidad de algún tipo de medida adicional.

Proyecto: 2016_1615 ()

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de prescripciones validadas. % medicamentos dispensados a domicilio. % intervenciones realizadas y aceptadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El inicio previsto de la actividad de la UCPP será en septiembre del 2017 y se prevé una instauración del programa de forma indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidados paliativos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0858 ()

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

2. RESPONSABLE ..... EVA GALVEZ ALVAREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONREAL HIJAR ANTONIO. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C Z2. FORMACION
· ASCASO MARTORELL MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FORMACION
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. FORMACION
· PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION
· PABLO CEREZUELA FRANCISCO. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FORMACION
· BALFAGON ROMEO MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FORMACION
· BARCELONA TRIVEZ ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad de Formación y Desarrollo profesional del Sector Zaragoza II se halla certificada según la norma ISO 9001:2008 desde mayo de 2015.

La nueva versión ISO 9001:2015 se publicó el 23 de septiembre de 2015. Ahora es necesario comenzar con los trabajos de transición.

La nueva ISO 9001 2015 trae cambios muy importantes, aunque el más destacado es la incorporación de la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad. Aunque es una técnica normalmente aplicada en las organizaciones hasta ahora no estaba alineada con el SGC.

La norma ISO 9001 versión 2015 ya puede ser implantada en una organización, aunque existe un periodo de transición de 3 años.

Es muy importante no dejar todo el trabajo para el final del citado periodo, pues puede ponerse en riesgo el certificado de calidad de la organización.

En septiembre de 2018 los certificados de ISO 9001:2008 ya no serán válidos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Adaptación del actual sistema de gestión de la calidad a la nueva versión ISO 9001:2015, fundamentalmente en los aspectos: 4. Contexto de la organización 6. Planificación y 9. Evaluación del desempeño

? Recertificación en 2017.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase I: Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001
Fase II: Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes:
Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.
El objetivo que se persigue es asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad funciona de forma correcta y que se obtienen todos los resultados que se esperan, además se tiene que realizar una planificación de las acciones que harán frente a todos los riesgos y las oportunidades.
La gestión del riesgo planteada sustituye a la que se han conocido hasta ahora cómo acciones preventivas. La norma ISO 9001:2015 no establece la metodología que se debe utilizar para identificar, analizar y evaluar todos los riesgos ligados a procesos. Para reducir o eliminar todos los fallos que derivan de los riesgos se gestionarán de una manera proactiva.
Fase III: Preparación para la auditoría interna de 2017
Fase IV: Preparación para la auditoría externa de 2017

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Recertificación: Si/No

Indicadores CG 2016

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase I: noviembre - diciembre de 2016
Fase II: diciembre de 2016 - febrero de 2017
Fase III: abril de 2017
Fase IV: mayo - junio de 2017

9. OBSERVACIONES.
Certificación ISO 9001:2008 de la Unidad de Formación del Sector Zaragoza II desde mayo de 2015.
Superadas sendas auditorías internas: 2015 y 2016
Cumplimiento de Contratos de Gestión anuales (>95%)

Proyecto: 2016_0858 ()

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. formación en diferentes estrategias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1284 ()

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN GIMENO ANA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GORGAS SORIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· LOPEZ FORNIES ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· SAN JUAN CUARTERO ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· VILLAR SAN PIO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RECIO CABRERO ADORACION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El aumento de la expectativa de vida ha conducido a que patologías vasculares, como la enfermedad arterial periférica (EAP) se haya constituido en un problema de salud pública que afecta mayoritariamente a ancianos. En este momento es una de las principales causas de morbimortalidad y discapacidad en los ancianos frágiles. Esto se traduce en :

1. Prolongación de la estancia hospitalaria en los Servicios hospitalarios de Cirugía Vascular en los últimos años. Se debe a que esta patología se asocia con incremento del riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares (sd coronario agudo, ictus...); además de las posibles complicaciones que puede presentar el anciano frágil (deterioro funcional, síndrome confusional agudo…).
2. Necesidad de adecuación en la indicación terapéutica en aquellos pacientes frágiles con deterioro funcional y/o mental previo, en los que el tratamiento quirúrgico puede no contribuir a un incremento de la esperanza de vida y/o mejoría en su calidad de vida.
3. Dificultad de ubicación al alta de estos pacientes con deterioro funcional y mental sufrido durante el ingreso.

Los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente cuando el manejo es multidisciplinar, existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos pacientes en los que se detecta fragilidad y se realiza una adecuada coordinación con el Equipo de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Valoración Geriátrica Integral (VGI) precoz en pacientes = de 85 años ingresados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (ACV) por isquemia crónica grado IV.
- Mejorar la indicación terapéutica en pacientes geriátricos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada de evaluación de fragilidad y pronóstico vital.
- Ofrecer nuestro apoyo y colaboración en la toma de decisiones.
- Consensuar la indicación terapéutica de cada paciente valorado, con el equipo quirúrgico en sesión multidisciplinar.
- Planificar la ubicación al alta de aquellos pacientes en los que al ingreso se detecte una situación de fragilidad social.
- Asegurar la continuidad asistencial al alta, contactando con el Equipo de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º.Selección de pacientes: isquemia crónica grado IV y edad = 85 años
2º.VGI del paciente por enfermero/a de la Unidad de Geriatría en las primeras 24-48h de ingreso.
3º. VGI del paciente por geriatra de la Unidad de Geriatría previo a intervención quirúrgica.
4º. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriatría /Servicio ACV) para consensuar opciones terapéuticas de los pacientes valorados: dos días al mes.
5º. Elaboración de un informe con la indicación terapéutica más adecuada de cada paciente y las recomendaciones que se estimen oportunas, si se considera necesario.
7º. Contacto telefónico y/o correo electrónico institucional con Equipo de Atención Primaria al alta del paciente, para asegurar la continuidad asistencial.
- Valoración Geriátrica Integral (VGI) del paciente por la Unidad de Geriatría en las primeras 24-48h de ingreso.
- Sesiones multidisciplinares para consensuar las opciones terapéuticas.
- Apoyo y colaboración en la toma de decisiones terapéuticas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV con VGI/ Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV. = 85%
2. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriatría /Servicio ACV). = 2 al mes.
3. Nº de informes realizados con indicación terapéutica/ Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV con VGI. = 90%.
4. Nº contactos telefónicos y/o correo electrónico con Atención Primaria/ Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV con VGI. =80%.

Proyecto: 2016_1284 ()

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración criterios de selección: mayo/17.
- Inicio de valoración de pacientes: mayo/17
- Sesión multidisciplinar: primer y tercer miércoles de mes.
- Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_1287 ()

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN ESTEBAN GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· SANJUAN CUARTERO ROSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· VILLAR SAN PIO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· LOPEZ FORNIES ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GORGAS SORIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El envejecimiento progresivo de la población y el deterioro funcional es un hecho . Según datos poblacionales del Instituto Aragonés de Estadística en el sector Zaragoza II, hay 27063 personas dependientes. Detectamos la necesidad de establecer comunicación y coordinación con Atención Primaria, complementaria al informe de alta. Reconocemos esta necesidad básica en la labor del Geriatra, ya descrita previamente en otros Servicios de Geriatría;(1) y se detecta por la atención habitual de llamadas telefónicas de médicos de Primaria sobre pacientes dados de alta. Partimos de un encuadre clínico ideal ya que la mayoría de los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) tienen características de fragilidad o dependencia (mayores de 75 años, I.Barthel < 60 y T.Pfeiffer >2 errores); los que más se benefician de estos programas de coordinación entre Geriatría y Primaria (3).
Las experiencias previas arrojan unos resultados favorables en el seguimiento de estos pacientes (4), por lo cual proponemos aplicar un protocolo de coordinación bidireccional con los Equipos de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo de comunicación entre Geriatría y Atención Primaria,
Informar al Equipo de Atención Primaria (EAP) al Ingreo.
Mejorar la realización de la historia clínica con información de su EAP.
Rentabilizar los ingresos en la UGA, realizar pruebas complementarias sencillas (ECG, analítica de sangre, Rx simple) pendientes de realizar en Atención Primaria, que pueda evitar duplicar pruebas y traslados innecesarios.
Informar al EAP del alta, y de las modificaciones farmacológicas y facilitar la adherencia terapéutica.
Establecer una línea de comunicación vía mail para futuras consultas de los pacientes que ya han estado ingresados, con el objetivo de evitar reingresos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Pacientes ingresados en Geriatría de Agudos de HMServet- Criterios de inclusión: edad >75 años, Barthel <60 y Pfeiffer >2 errores. De cada dos pacientes con esas características se incluirá uno al azar (muestreo aleatorio sistemático), creando un grupo casos y otro control.
Coordinación con Atención Primaria vía telefónica o vía mail.

Elaborar protocolo de coordinación U. Geriatría- EAP
Sesiones clínicas informativas en los centros de salud Sector II.
Creación de un correo electrónico para la comunicación entre Primaria y Geriatra.
Primer contacto telefónico desde Geriatría hacia Primaria informando del ingreso para completar historia, rentabilizar las pruebas básicas e informar del correo electrónico para posteriores comunicaciones, incluyendo aviso de alta o exitus .
Registro durante seis meses de los pacientes casos y control, creación de base de datos (periodo de inclusión de seis meses)
Seguimiento durante tres meses al alta, completarbase de datos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de contactos con Atención Primaria conseguidos/Número de contactos con Atención Primaria Intentadosx100). Valor a alcanzar: > 80%.
2. Adherencia terapéutica al mes del alta. Grado de coincidencia entre las medicaciones prescritas al alta y la receta electrónica.
3. Adherencia terapéutica a los tres meses . Evaluada mediante encuesta telefónica al paciente con el test de Haynes-Sacketts). Valor a alcanzar: mayor adherencia terapéutica en los pacientes “casos”.
4. Reingresos por la misma causa, en tres meses (precoces (menos de 15 días) y no precoces (>15 días). Valor a alcanzar: menos reingresos en en el grupo caso.
5.Satisfacción del EAP con el protocolo evaluada mediante breve encuesta vía correo electrónico, preguntas: 1, ¿le parece que este proyecto aporta calidad al manejo del paciente geriátrico en atención primaria?, si, no. 2, Valore del 1 al 5 la satisfacción con las colaboración obtenida por parte del Servicio de Geriatría (1 ninguna, 5 mucha colaboración), 3, Escriba sugerencias de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaborar protocolo de coordinación (mayo-junio/17)

Proyecto: 2016_1287 ()

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Sesiones informativas en Centro de Salud del sector II (mayo, Junio/17)
Inclusión de pacientes (seis meses) y comienzo del protocolo de coordinación. Julio – diciembre 2017, seguimiento de las primeras altas.
Enero 2018-marzo 2018, seguimiento de los últimos pacientes dados de alta.
-Abril 2018 análisis de datos y publicación de resultados.

9. OBSERVACIONES.
Biblilografía:
1, Bactan JL, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria 2000; 26: 374-82,
2, Martin Lasendre I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en Atención Primaria. Tendencia necesaria de hechos. Aten Primaria 2013, 45: 181-3,
3, Vela E, Cléries M, Bustins M, Mendoza L, Badosa N, Cadellas M, Bruguera J. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca. Análisis poblacional sobre 56742 pacientes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 283-93,

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA DEL PACIENTE FRÁGIL GERIÁTRICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN DE HEMATOLOGÍA Y TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (ÁREA MÉDICA)

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ DE RUEDA CILLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSTILLA BARRIGA LISSETTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SANZ GRACIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· IRIGOYEN PARDO PILAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Elaboración de protocolos clínicos y guías de tratamiento.
Formularios a rellenar al ingreso por el médico de guardia (nota de ingreso).
Listado de incidencias / efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Protocolizar todos los tratamientos para actuar de la manera más uniforme posible.
Ser capaces de detectar efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación.
Necesidad de realizar una correcta historia clínica al ingreso del paciente para un mejor enfoque y un mejor tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de protocolos clínicos para uso interno del área de hospitalización de hematología. Responsables: personal médico de planta (Beatriz De Rueda, Lissette Costilla y Rebeca Rubio)

Nota de ingreso uniforme para todos los pacientes que ingresan en planta. Responsable: Beatriz De Rueda

Detección y correcta notificación de cualquier evento adverso que pueda acontecer. Responsable: Beatriz De Rueda

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación periódica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Evaluar la correcta realización de la nota de ingreso (realizada por el hematólogo de guardia) en todos los pacientes hospitalizados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Grupo activo desde el 1 de Enero de 2016.
Fecha prevista de finalización: finales de 2017

Cronograma de actividades:
Reuniones del grupo de calidad mensuales

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SANZ GRACIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· IRIGOYEN PARDO PILAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Hematología Hemoterapia está inmerso en la seguridad del paciente por lo que elaboraremos un listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

Para resolver dudas del paciente y familiares y para trabajar todo el servicio con las mismas pautas se elaboraran trípticos informativos que se entregarán a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematología, se elaborarán dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos a trasplante autólogo de médula ósea y también se elaborarán
dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ser capaces de detectar los efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación.
El grupo de mejora valorará las necesidades, elaborará los trípticos, y los dípticos, los consensuará en grupo y los comentará con el servicio de Hematología, con la participación de algún usuario. Los repartirá a los pacientes a su ingreso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial. Responsables Beatriz De Rueda y María Teresa García.
Elaboración del tríptico informativo que se entregará a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematologia. Responsables María José Sanz y Pilar Irigoyen.
Elaboración del díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante autólogo de médula ósea. Responsables Marta Carmona y María Teresa García.
Elaboración de díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico de médula ósea. Responsables María José Sanz y María Teresa García.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación periodica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Realizaremos dos cortes al año (abril y octubre) de un 10% de los ingresos al año que hay en el servicio, donde les entregaremos una encuesta que recogerá datos sobre si la información recibida ha sido suficiente, si la han comprendido y sobre qué información les hubiese gustado recibir. Haremos las modificaciones oportunas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde 01/01/2016 hasta 31/12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0490 ()

1. TÍTULO

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO. MEDIDAS DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE VALORACION Y TTº DE LA DESNUTRICION. SEGUIMIENTO AMBULATORIO. HOSP.UNIVERSITARIO M SERVET

2. RESPONSABLE ..... REBECA RUBIO ESCUIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ PARIS ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BOJ CARCELLER DIANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La desnutrición es frecuente en pacientes con cáncer y afecta negativamente a la evolución de la enfermedad. En el caso de los pacientes hematológicos la prevalencia no está bien establecida. La desnutrición puede ser causa de un aumento sustancial de morbimortalidad en los pacientes con patología oncohematológica. Los factores de riesgo para los enfermos hematológicos son la propia enfermedad y la intensidad de los tratamientos planteados que suponen un elevado estrés metabólico. Además, los efectos secundarios de las terapias contribuyen en mayor o menor medida a la desnutrición, sobre todo en el caso de los que afectan al tracto digestivo. De ahí la necesidad de establecer una estrategia sistemática de evaluación del estado nutricional que, a través de parámetros bioquímicos y antropométricos, de la cuantificación de la capacidad de ingesta oral y la tolerancia, así como las complicaciones derivadas del tratamiento y de la propia enfermedad que impactan sobre el estado nutricional a lo largo de la evolución de la misma, para establecer las recomendaciones nutricionales adecuadas para cada tipo de paciente oncohematológico. Consideramos que es útil este proyecto porque podemos mejorar la calidad de vida y contribuir a prevenir complicaciones gracias a un estado nutricional adecuado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar la desnutrición y las complicaciones que se derivan de la misma.
Mejorar el estado nutricional de los pacientes previamente desnutridos.
Mejorar la tolerancia al tratamiento oncohematológico y favorecer su eficacia al permitir que se lleven a cabo en el momento establecido y con la dosis y duración necesarias.
Mejorar la percepción de la calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MUST (test de cribado nutricional) al ingreso.
Registro de ingesta diaria de alimentos y nutrición enteral.
MUST al alta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores de proceso:
Porcentaje de test MUST realizados al ingreso / ingresos totales
Porcentaje de test MUST realizados al alta / ingresos totales
- Indicadores de resultados clínicos:
Porcentaje de suplementos orales / ingresos totales
Porcentaje de nutrición parenteral total / ingresos totales
- Evaluación de indicadores cuatrimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 1 año e implantación definitiva en la rutina de trabajo.
Cromograma:
-Formación del personal sanitario: mes de noviembre 2016.
-Prepapación de las fichas de paciente: Documento MUST y Hoja de registro de ingesta diaria.
-Inicio: enero 2017.

9. OBSERVACIONES.
Falta de añadir 3 componentes más aún. Por perido de vacaciones hemos de consultar a los interesados próximamente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0535 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIAHOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABALLERO NAVARRO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GODOY MOLIAS ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GUALLART CALVO MARIA REYES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
· MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PARRA SALINAS INGRID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RUBIO MARTINEZ ARACELI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RECASENS FLORES VALLE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet ha trabajado duro durante el último año para recuperar la certificación según norma UNE-EN ISO 9001 para el año 2016 y lo ha conseguido. Dicha certificación estaba suspendida desde el año 2014 debido a importantes cambios estructurales del Servicio de Hematología.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto, el compromiso del Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales o potenciales.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 lograda en 2016. Teniendo en cuenta que se trata de un sistema joven, consideramos necesario fortalecer todos los procesos en los que se sustenta para garantizar su continuidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos de este proyecto son:
• Mantener la certificación ISO 9001.
• Ejecutar los objetivos propuestos para 2016-2017 en el sistema de calidad del Hospital de día Hematología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Metodología
• Sistematización y utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua, mediante las actividades descritas abajo junto con los responsables de su ejecución.
• Actualización de los protocolos de quimioterapia y de manejo de hemopatías mediante la revisión bibliográfica de guías de tratamiento nacionales e internacionales, publicaciones científicas, protocolos y consensos disponibles.

2. Actividades
• Resultado del seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:
o Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes y la elaboración de protocolos clínicos para el manejo de las diferentes hemopatías.
o Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.
• Seguimiento de indicadores
• Análisis de incidencias y toma de medidas correctoras/preventivas
• Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para monitorizar el proyecto emplearemos los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Objetivo: >80%.

Este indicador se obtendrá del número de protocolos de quimioterapia debidamente actualizados / número total de protocolos para el tratamiento de hemopatías en el Hospital de día disponibles en el programa de farmacia Hospiwin.

2. Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día (por personal administrativo y no por enfermería): Implantación

Este indicador se valorará mediante el cumplimiento de las actividades y calendario previstos para su ejecución y el logro final del objetivo planteado.

Proyecto: 2016_0535 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIAHOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

3. Cumplimiento de tres indicadores críticos del Sistema de Calidad del Hospital de día Hematología:

Gestion del tratamiento*: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%). Objetivo <5%

Gestión de informes*: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet*(estándar 30%). Objetivo >30%

Gestion de citación*: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Objetivo >80%
*La medición se realizará durante una semana aleatoria mínimo dos veces al año.

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la Norma: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Enero a Diciembre 2017
Auditoría interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Dirección: Abril 2017
Auditoría Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Enero-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Marzo 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0779 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

2. RESPONSABLE ..... ANA IBORRA MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATORRE MARCELLAN PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GIMENEZ FORTEA ELENA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MACIAS PALACIN MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RODRIGO MARTINEZ CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ARQUED RIVES MARIA JOSE. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASALA VILLA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189 para laboratorios de análisis clínicos desde el año 2009.
Nuestra propuesta como proyecto de mejora y el compromiso del servicio de hematología es el mantenimiento de dicha acreditación para el año 2017, tras la puesta en marcha de los nuevos contadores hematológicos, garantizando un sistema de gestión donde los procesos estén documentados y actualizados.
Como oportunidad de mejora tras la incorporación de los nuevos analizadores se han ido desarrollando una serie de reglas de validación que van a conseguir un trabajo más eficiente en el área. Estas reglas de validación, ajustadas a nuestra población, consiguen que el trabajo sea más automatizado con lo que se disminuyen errores y se gana en eficiencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es el mantenimiento de la acreditación del laboratorio.
Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2016-2017. En la fase preanalítica: reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%, capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80% y en fase postanalítica: disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% y mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas.
Además de estos objetivos básicos, con la incorporación de distintas reglas de validación se pretende que sobre los resultados alterados detectados por el sistema, de una manera automatizada, se realicen las acciones necesarias para su corrección o en caso necesario la realización de un frotis automático por el nuevo extensor-teñidor para que sea interpretado por el facultativo responsable de la sección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En relación al Sistema de Gestión de Calidad es necesario sistematizar y mejorar la utilización de la información (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias) para la mejora continua, mediante un control más directo de las incidencias y no conformidades con reuniones periódicas del personal implicado en la acreditación con el responsable de calidad del servicio, en las que también se realizará el seguimiento trimestral de los objetivos planteados para la acreditación y revisión de desviaciones que se puedan producir en los mismos. Nº de reuniones trimestrales: mínimo 3.
En cuanto a las reglas de validación planteadas por el laboratorio para la mejora del trabajo destacamos la realización de "plaquetas-citrato": al incorporar todos los tubos de coagulación en el sistema de separación y almacenaje, es posible la realización de forma automática de un nuevo hemograma con el citado tubo cuando las plaquetas estén por debajo del límite de la normalidad. En caso del llamado "fenómeno EDTA" la cifra se corregirá en el nuevo análisis y ya no hará falta ninguna revisión posterior. En caso de no corregirse se realizará una extensión de sangre periférica para su revisión por el facultativo responsable.
Todos estos pasos, sin las reglas de validación de los nuevos contadores, se harían de forma manual. A partir de ahora es un proceso continuo, haciendo el trabajo del personal más eficiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fase preanalítica:
Reducir el número de incidencias de muestras insuficientes respecto al total de incidencias. Indicador: Porcentaje de muestras insuficientes < 10%.
Muestras repetidas de un mismo paciente en el mismo día. Indicador: Porcentaje de peticiones repetidas de un mismo paciente en el mismo día < 0.5 %.
Fase analítica:
Creación y valoración de reglas de decisión en los nuevos equipos. Indicador: Porcentaje de análisis con realización de plaquetas-citrato del total de análisis con trombocitopenia >80%.
Capacitación del personal asignado al área de hematimetría en el uso de los nuevos equipos. Indicador: % asistencia del personal a las actividades formativas>80%.
Fase postanalítica:
Disminuir el número de email no abiertos con comunicaciones de valores patológicos en consultas externas. Indicador: % email no abiertos <5%.
Tiempo de respuesta. Indicador: Fecha del informe analítico - fecha de petición < 24 horas.

Proyecto: 2016_0779 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoría interna: Febrero/abril 2017.
Revisión por la dirección: Abril 2017.
Auditoría externa: Mayo/junio 2017.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna: Abril/diciembre 2017.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa: Junio/diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones del servicio: Tercer trimestre de 2016/ Primer trimestre 2017.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0859 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

2. RESPONSABLE ..... CARLOS SALVADOR OSUNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· BELLOSO ROMERO SONIA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· FERNANDEZ LACRUZ PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeníngea por procesos oncohematológicos. Puede resultar de ayuda en los estudios de adenopatías por PAAF (punción aspiración con aguja fina) en casos en los que el patólogo sospeche una hemopatía.
En las muestras de PAAF de algunas patologías hematológicas (pej. Linfomas de alto grado de malignidad o con alto recambio celular) la pérdida celular puede ser muy rápida. El líquido cefalorraquídeo(LCR) tiene capacidad citolítica per se. Dado que la citometría precisa células viables para obtener resultados, el procesamiento de la muestra deba realizarse en 30 minutos desde la extracción(Biomédica 2010;30(Supl):11-21). Teniendo en cuenta que el transporte de la muestra puede precisar de un tiempo superior se detectó que un alto porcentaje de las muestras recibidas en la unidad de citometría no tenían celularidad viable en el momento del análisis, lo que obligaba a repetir la extracción. En muestras infiltradas por céulas tumorales que fácilmente puedan entrar en apoptosis, es posible, a pesar de un procesamiento inmediato, que la técnica sólo detecte la celularidad residual normal, resultando un análisis falsamente negativo. Por todo lo anteriormente dicho, la obtención de muestras de LCR y PAAF para citometría sólo podía realizarse de lunes a viernes, en horario de trabajo y ello con altas posibilidades de obtener resultados no representativos de la situación clínica real del paciente. Algunos studios (J Clin Oncol.2009;27:1462-1469. Curr Protoc Cytom. 2008; Chapter 6: Unit 6.25) demuestran que el empleo de soluciones estabilizantes previenen la pérdida celular debida a la apoptosis y a la citolisis en muestras para inmunofenotipaje por periodos superiores a las 48 horas, lo que permite ofertar un análisis fiable y de calidad independientemente del horario de extracción. Por todo ello, se constituyó un grupo de mejora de la calidad y se solicitó la inclusión del proyecto: "IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTÍPICOS" en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD. Este programa fue seleccionado en la convocatoria de 2013. En 2015 se amplió el proyecto para ofertarlo a todos los Servicios de Hematología y Neurología de la Comunidad Autónoma. Hasta la fecha los resultados obtenidos han sido muy favorables, por lo que se solicita el mantenimiento del grupo en el año 2016.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo sigue siendo la optimización de recursos:
1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citolisis y/o apoptosis evitando la repetición de procedimientos invasivos. Extensión del proyecto a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.
2º La obtención de la muestra se efectúa en el momento que el paciente lo necesita, independientemente del horario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión del protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento.
Envío de cartas y realización de reuniones formativas si fuese necesario para la explicación y difusión del protocolo entre el personal técnico y facultativo implicado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Formación del personal facultativo:
(Facultativos formados/ Facultativos de los Servicios implicados)*100.
Envío de cartas con instrucciones de procedimiento de conservación y almacenaje de las muestras al personal técnico encargado de la recepción de la muestra: (Personas formadas/TEL adscritas al área de citometría)*100. A conseguir un mínimo del 80 %
Correcta cumplimentación del volante de solicitud: (Peticiones correctamente cumplimentadas / Nº total de peticiones recibidas)*100. A conseguir un 100 %. En caso de la recepción de un volante no correctamente cumplimentado se contactará con el responsable de la extracción de la muestra.
Correcta estabilización de la muestra: a lograr el 100 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión del protocolo: permanente.
Envío de cartas al personal técnico y facultativo: primera quincena tras la aceptación del proyecto.
Formación del personal adscrito: primer mes tras la aceptación del proyecto.
Valoración de resultados: al año de aceptado el proyecto 2016.
Duración del proyecto: indefinida. Se solicitará renovación del proyecto en 2017.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0859 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

10. OTRO ENFOQUE. Mejora y optimización de recursos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1002 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... INGRID PARRA SALINAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE RUEDA CILLER BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CABALLERO NAVARRO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MURILLO FLOREZ ILDA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· COSTILLA BARRIGA LISSETTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DELGADO BELTRAN MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RUBIO ESCUIN REBECA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un procedimiento complejo, que conlleva en la mayoría de los pacientes complicaciones variadas y frecuentes, que en su mayoría precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar. En el proyecto de mejora de 2015 (optimización de la valoración previa y posterior al trasplante de progenitores hematopoyéticos) logramos mejorar el proceso de evaluación de los pacientes candidatos a TPH y homogeneizar el proceso de selección. De igual manera se logró un consenso sobre el seguimiento y estudios que deben hacerse en el periodo postrasplante. No obstante, queda pendiente avanzar en otros aspectos de gran importancia, tales como la elaboración de protocolos de manejo de las principales complicaciones, la creación de equipos multidisciplinares que no solo valoren al paciente con celeridad en el periodo pretrasplante (proyecto de mejora del año 2015) sino que lo hagan también en el momento de desarrollar complicaciones relacionadas con el mismo. Y la creación de un email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con este tipo de pacientes que permita una comunicación directa y más rápida con el resto de centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Creación de un grupo multidisciplinar para el manejo de las complicaciones más frecuentes (metabólicas, digestivas, oftalmológicas, cutáneas, respiratorias, urológicas, ginecológicas y reumatológicas) de los pacientes trasplantados.
• Elaboración de protocolos de prevención, diagnóstico y manejo de Enfermedad de Injerto contra Huésped agudo y crónico (EICH) y de otras complicaciones específicas del trasplante.
• Centralización de toda la información relacionada con los pacientes trasplantados mediante la creación de un email institucional con el fin de no perder ni duplicar información y que facilite la comunicación con otros centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología: Se asignarán tareas específicas a cada miembro del grupo de mejora con el fin de asegurar la consecución de los objetivos.

• Reuniones con las distintas especialidades con el fin de concertar el tipo de controles que precisan estos pacientes en sus consultas, intentar asegurar que reciban atención a tiempo y, consensuar pruebas diagnósticas y manejo terapéutico.

• Creación de protocolos de manejo clínico de las complicaciones más prevalentes en este tipo de pacientes.

• Reunión con el equipo de informática de nuestro centro para crear el email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.

Actividades:

• Creación de varios grupos multidisciplinares conformados por uno o dos hematólogos y uno o dos especialistas de otros servicios (Endocrinología, Digestivo, Oftalmología, Dermatología, Neumología, Urología, Ginecología y Reumatología).
• Creación de email institucional y difusión de su existencia a los demás centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.
• Elaboración de protocolos:
o Prevención de la Enfermedad de Injerto contra Huésped.
o Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda.
o Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped crónica.
o Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de protocolos elaborados / protocolos planeados: Objetivo 80%.
2. Creación de al menos tres grupos multidisciplinares de atención al paciente trasplantado de médula ósea: Objetivo: Constituidos.
3. Creación del email institucional dedicado a temas del trasplante. Objetivo: establecimiento.

Proyecto: 2016_1002 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Tiempo de espera para la valoración de pacientes trasplantados por dichos servicios*: Objetivo: dentro de los plazos acordados previamente con dichos servicios*.
5. Porcentaje de seguimiento de los protocolos de manejo de EICH y complicaciones tardías**: Objetivo 80%.

*La medición de este indicador se hará durante un mes al año, una vez constituido el grupo multidisciplinar.
** La medición de este indicador se hará durante una semana aleatoria dos veces al año, una vez elaborados y difundidos los protocolos, incluyendo todos los pacientes ingresados para trasplante y/o valorados en consulta tras el mismo durante la semana elegida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero a Diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0576 ()

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUILAR GIMENO RITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· MUÑOZ JACOBO EVA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· GRACIA MARCO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· PEREZ MARCO ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· CALVO SANZ VANESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A menudo observamos que los pacientes que llegan por primera vez a nuestro servicio tras recibir la noticia de su enfermedad y ante la complejidad del funcionamiento de Hospital de día, andan perdidos y sin haber asimilado la información recibida.
De la misma manera los trabajadores que acaban de incorporarse en nuestra unidad desconocen el circuito que pacientes, ordenes facultativas y medicaciones deben seguir hasta la correcta administración de los tratamientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Elaboración de una guía práctica que informe y oriente al paciente durante su estancia en el Hospital de Día .
-Disminuir la ansiedad del paciente y familiares.
-Aportar los conocimientos básicos para que los profesionales de nueva incorporación conozcan la rutina del trabajo de nuestro servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Diseño de un plano en el que queden bien señalizados los puntos de interés.
-Diagramas de flujo con los diferentes itinerarios que pacientes y acompañantes tendrán que recorrer para resolver las distintas situaciones que se les irán planteando. (consultas médicas,analíticas,tratamientos,colocación de reservorios...)
-Realización y colocación de posters en puntos estrategicos de la unidad.
-Distribución de dípticos informativos a pacientes .
-Distribución de dípticos a trabajadores de nueva incorporación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta a pacientes de primer dia en la consulta de enfermería.
-Repetición de encuesta aproximadamente al mes de su primera consulta con enfermería.
-Encuesta a los profesionales en su primer día en la unidad.
-Repetición de la encuesta a los profesionales después de una semana de trabajo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• De noviembre 2016 a enero 2017: diseño de plano y diagramas de flujo varios.
-Realización de poster y dipticos.
• Febrero y Marzo 2017: Preparación de las encuestas e impresión del material realizado
• Abril a Agosto 2017 : -Entrega de información a pacientes y personal
-Realización de encuestas.
- Colocación de posters por el servicio
• Septiembre a Octubre 2017 : evaluación de los resultados y conclusiones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0285 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ POZA ALFONSO. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE. TCAE. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El programa individual de tratamiento es el proyecto elemental en el que trabajar de manera individualizada según las necesidades de cada paciente por lo que es imprescindible que el equipo se plantee cuales son las necesidades, capacidades y habilidades de la persona para poder plantear un plan propio para cada individuo.
De él tiene que salir los objetivos a conseguir, las técnicas a emplear y la metodología que utilizar.
La elaboración del PIT da eficacia y eficiencia al tratamiento Psicosocial. Los recursos de los que se disponen se pueden optimizar de mejor manera y favorecer la calidad de vida de la persona implicada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se realizara un PIT en que quede reflejado datos como:
1.- Responsable del caso.
2.- Reflejar las necesidades detectadas y, en función de las mismas, las intervenciones que el equipo multidisciplinar tendrá que implementar.
3.- Quedara reflejado cuando se realizara la reunión para elaborar el PIT.
4.- Se elaborara un documento claro que refleje las necesidades, problemas del usuario y los objetivos de tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo semanal (aproximadamente 1 hora) durante las reuniones de equipo que dedicaremos a la elaboración conjunta del documento (PIT), protocolización y posterior implementación del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización del documento propuesto (PIT)
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación y posterior revisión si procede.
- Nos proponemos una tasa del 95% de pacientes atendidos en nuestro recurso con el PIT realizado.
- Nos proponemos que el 90% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT cumplimentado durante su primera semana de ingreso en Hospital de Día.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta de Hospital de Día.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del documento de trabajo (PIT) en reuniones de equipo (noviembre-diciembre 2016)
- Posteriormente protocolizaremos aspectos como el momento idóneo de cumplimentar el documento, personas encargadas de intervenir (referentes de caso) y posibles revisiones si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos marcados para cada caso individual (enero-marzo 2017)
- Implementación del plan propuesto (abril-septiembre 2017)
- Valoración de la aplicación del PIT, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0060 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

2. RESPONSABLE ..... MARIA PEREZ SALILLAS
· Profesión ..... TECNICO/A EN SEGURIDAD E HIGIENE ALIMENTARIA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA CEAMANOS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· SEGURA AZNAR MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· MONCLUS ARRIETA CARLOS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Hosteleria-Cocina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2014.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Hosteleria- Cocina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001 y emprender las recomendaciones de mejora y decisiones contempladas en la revisión por la dirección del sistema 2016

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener la certificación ISO 9001. Mayor rentabilidad, mejor productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Formación extensiva a la mayoría de los trabajadores de cocina. MVC, MPS.

Comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. MVC
Mejorar el sistema de trazabilidad: Incorporar etiquetas con código y pistolas de lectura para facilitar el proceso de trazabilidad de los alimentos, reduciendo la posibilidad de errores y facilitando la rapidez del proceso. MVC
Gestión de equipos: identificar todos los equipos (todavía queda algún equipo sin identificar). MJSA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cualificar al personal de cocina en materia de higiene alimentaria. 85% de personal que ha recibido formación en materia de higiene alimentaria en periodo inferior a 4 años. Periodicidad semestral

Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico. 80% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en comidas no sometidas a tratamiento térmico. Periodicidad trimestral.

Estandarizar el proceso de porcionado. 80% de piezas que cumplen el gramaje estipulado (+/- 15%) por la receta del total de piezas preparadas. Periodicidad semestral

Limpieza y desinfección. 90% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D. Periodicidad semestral

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Mayo-Septiembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Junio 2016
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018

Proyecto: 2016_0060 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0002 ()

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LOPEZ MERCADER
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERON ARBELOA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GIMENEZ GIL RAFAEL. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente se introducen a mano los datos de las analíticas en el programa de nutrición artificial. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente para formulas, indicadores y recomendaciones por lo que es muy importante que sean correctos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se trata de modificar el programa para que puede leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas análiticas y poder incoporarlas con un solo ckick de ratón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio e integrarlo en el programa de nutrición.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1 - Número de pacientes tratados.
2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

Se leeran todos de la base de datos y se les hará un seguimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Septiembre hasta fin de Octubre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1457 ()

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... SANDRA DUEÑAS JOLLARD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERREN MARCO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· FUERTES GARCES PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· EZPELETA ASCASO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· IGUACEL ACIN TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GIL NAVARRO SABRINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cumplir con el art 22 de la LPRL realizando los controles de salud de los trabajadores en el Servicio de Microbiología al detectarse la inexistencia de realización de una vigilancia de la salud periódica.
La vigilancia de la salud nos va a permitir detectar los problemas de salud tanto a nivel colectivo como individual y planificar acciones preventivas estableciendo prioridades de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana de estudio es todo el servicio de microbiología en las diferentes categorías profesionales que se componen: Jefe de servicio, Jefe se sección, FEA microbiología, FEA farmacéutico, Farmacéutico interno residente, MIR, investigador, becaria, supervisora de enfermería, enfermeas, TSDL,TCAE y auxiliares administrativos.
El objetivo es actuar en los 3 niveles de prevención con el fin de analizar el estado de salud y poder establecer prioridades en la actuación en materia de prevención de riesgos laborales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de exámenes de salud
Actuaciones urgentes: Difusión de la actuación ante un accidente laboral biológico
Promoción de la salud: vacunación
Asesoramiento sanitario
Consejos sanitarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Participación superior al 70% de la plantilla
Exámenes de salud específicos donde se registra y analiza los resultados de las diferentes la exploraciones y pruebas complementarias realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
cronograma:
Inicio de reconocimientos médicos desde marzo 2017 a mayo 2017.
Explotación de los datos a los largo de junio, julio y agosto.
Finalización en septiembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0020 ()

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ HERRERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ARANDA MOLINOS OLGA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· YARZA ALONSO MARIA ANTONIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ESCUSA VICENTE ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ANDRES CASTELL NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· LA TORRE AURED MARIA LOURDES. DIETISTA-NUTRICIONISTA. H MIGUEL SERVET. DIETETICA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchos de los pacientes que ingresan en la UCi polivalente salen con una ostomía (ileostomía, colostomía o urostomía), sin estar preparados para ello y suponiendo tras el alta hospitalaria una merma de su autoestima, de su caliad de vida, de sus relaciones sociales, e incluso de su salud física, si no son debidamente preparados para enfrentarse a su nueva situación. Muchos de estos pacientes salen del hospital con un informe de alta en el que pone simplemente Seguir Dieta Pobre en Residuos, pero hemos detectado que estas personas desconocen que es una dieta pobre en residuos y que alimentos les pueden ayudar a mejorar su calidad de vida: Cuales producen gases, olores, aumentan las deposiciones, obstruyen el estoma, cambian el color de las heces, ayudan a controlar el olor de las mismas, alivan el estreñimiento o controlan la diarrea. Ello se traduce en déficit nutricionales y pérdidas de masa grasa y magra, que los puede convertir en personas frágiles, que no van a poder sobrellevar futuros y probables tratamientos quimioterapicos sin problemas. Pensamos que durante el paso en la UCi, el paciente y/o cuidador esta más asertivo a recibir y procesar la información

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Esperamos que todos nuestros enfermos salgan de su paso por la UCi, conociendo ellos y/o sus cuidadores qué es una dieta pobre en residuos, cómo tienen que ir introduciendo los alimentos y qué alimentos pueden ayudarles a solventar o sobrellevar su nueva situación.
- Todos los pacientes saldrán con una charla informal sobre el tema así como una tabla sencilla en la que se reflejen los efectos que cada alimento puede tener sobre su nueva situación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cuando un paciente al que se le haya realizado una ostomía, vaya a ser dado de alta de UCi, se le explicará por un miembro del grupo de mejora de forma informal, como tiene qué comer, qué comer, y que hacer cuando surjan diarras o esté estreñido. También se le dará una tabla de referencia de alimentos para ostomizados. En la que se reflejen: Los alimentos que producen gas, los alimentos que producen olor, los alimentos que aumentan las evacuaciones, los que pueden obstruir el estoma, los que producen cambios de colro de las heces, los que ayudan a controlar el olor, los que alivian el estreñimiento y los que ayudan a controlar la diarrea.
Los pacientes que salgan ya con un IMC bajo o que se prevea una gran pérdida de peso, por su situación o mal control de la situación. Al alta de UCI saldrán con una hoja en la que se solicitará colaboración y seguimiento de los mismos a la Unidad de Nutrición

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- nº de pacientes con colostomías que reciben información nutricional durante su paso por la UCI / nº total de pacientes con colostomía

-% de pacientes que salen con un IMC <20%, gran sarcopenia o inapetencia tras una ostomía / % de pacientes ostomizados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se lleva trabajando con el tema durante 5 meses y se espera perfilar durante el primer año la situación y el beneficio de estas medidas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0985 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO TEJADA ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LAVIÑA LARDIES BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MILLAN LOPEZ ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTINEZ ARROYO INES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· REQUENA TABAR MARIA ANGELES. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La UCI de Traumatología del HUMS se encuentra certificada con la norma ISO 9001 desde este año 2016. Es una de las pocas UCIs certificadas en España, y quizás la de mayor envergadura.
A pesar de su trayectoria en Calidad, y de los requisitos cumplidos para su certificación, queda por adaptar su sistemática de trabajo y de mejora continua a la realidad diaria de la Unidad. Readaptando la documentación existente a la evolución de la asistencia y de sus problemáticas de calidad-seguridad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del sistema, manteniendo abiertos todos los formularios y adaptando la documentación a la práctica clínica y de calidad en especial en lo referente al sistema de Incidencias/NO-conformidades

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la información del sistema de Gestión de Calidad para establecer la mejora continua a través del sistema ISO.
- Mantener vigentes y adaptados los documentos (documentación interna) realizando los cambios necesarios y registrando éstos. Salvaguardar las versiones antiguas de éstos.
- Desarrollar un sistema de formación continuada para todo el personal de la Unidad basado en las Instrucciones Técnicas y Procesos elaborados, en los resultados de los registros y de las líneas de calidad-seguridad que se elaboren
- Mantener activos todos los formularios existentes, registrando las variables de calidad y actividad más relevantes
- Mantener abierto y activo el sistema de registros de Incidencias- No conformidades
- Dar respuesta, en procedimiento, de las No-conformidades señaladas
- Cumplir con los objetivos de calidad propuestos para el año 2016-17, registrados en el formulario correspondiente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de registros activos: nº registros actualizados / total de registros establecidos x 100 (estándar >80%)
- % de no-conformidades en trámite: nº no-conformidades en trámite / nº conformidades x 100 (estándar 90%)
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría Interna – Revisión por la Dirección – Auditoría externa.
Por otra parte el cumplimiento de esta línea está incluida en el Contrato de Gestión establecido por la Unidad con la Dirección del centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria Interna: Febrero / Abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril del 2017
Auditoria Externa: Mayo / Junio del 2017
Seguimiento y evaluación de los objtivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017…)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

9. OBSERVACIONES.
Queda pendiente para los próximos años la adaptación de nuestro sistema a la norma ISO 9001:2015

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CRITICOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0985 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Proyecto: 2016_0997 ()

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO RUIZ AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRERO TRENADO ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CABELLO VERA MARIA CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GONZALEZ ARMACEGUI IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LIPE CLARES BEGOÑA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASALDUERO VIU JACOBO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BARCELO CASTELLO MIREIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La UCI de Traumatología del HUMS había diseñado desde hace años un sistema propio de recogida y control de efectos adversos, que posteriormente se evaluaban dentro del Grupo de Mejora-Seguridad de la Unidad. Este sistema en muchos casos podía carecer del anonimato necesario, además de ofrecer cálculos muchas veces farragosos y siempre con resultados difíciles de sistematizar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conversión del sistema tradicional de registro al sistema SiNASP, permitiendo un registro efectivo de eventos, el aprendizaje en seguridad y la aplicación de medidas correctoras.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se planifican las siguientes actividades:
- Realización del curso Seguridad del Paciente y Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). https://www.sinasp.es/formacion/
- Aprendizaje del sistema registro de incidentes
- Registro de estos.
- Evaluación por parte del responsable del sistema de los eventos ocurridos
- Propuesta de la líneas de mejora y aplicación de medidas correctivas a través del Grupo de Mejora-Seguridad, y de los responsables de la Unidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº notificaciones por el Sistema caciones SiNASP/ nº notificaciones registradas por el sistema de encuestas tradicional >1
- Sesiones en grupo de Mejora-Seguridad de la unidad con discusión, análisis y documentación de un efecto adverso o incidente notificado > 3/año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Seguimiento y evaluación de los objtivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017…)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

9. OBSERVACIONES.
Quedan implicadas igualmente todos los componentes del Grupo de Mejora - Seguridad del Paciente asi como los responsables de la Unidad.

10. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CRITICOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1305 ()

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO TOMAS MARSILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOMBARTE ESPINOSA EVELYN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· GÜRPEGUI PUENTE MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· JIMENEZ RIOS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MARTIN YUS CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· SARASA OLANO MARINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El control de la vía aérea es frecuentemente complicado en los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. El manejo inadecuado de la vía aérea difícil, VAD, se asocia a un incremento del riesgo de daño neurológico irreversible, eventos cardíacos adversos, lesiones traumáticas de la VA, aumento de la estancia en la UCI y muerte. El grado de daño que ocasionan al paciente los incidentes relacionados con la vía aérea en una Unidad de Cuidados Intensivos es mayor que los que se presentan durante la anestesia o en Urgencias, como refleja el NAP4 (4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists).

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente destaca el manejo de la vía aérea difícil. En ella destacan unos requisitos para el desarrollo de una estrategia de seguridad en el manejo de la vía aérea, entre otros:

• Establecimiento de un protocolo o algoritmo de actuación ante una VAD,
• Definición de un plan de formación continuada en el manejo de la VAD,
• Disponibilidad de los recursos materiales necesarios (carro de VAD)

Proponemos realizar un análisis de eventos adversos graves durante el año 2017 relacionados con la vía aérea y adecuar las recomendaciones referidas evaluando resultados tras su implantación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Analizar los eventos adversos graves relacionados con la vía aérea registrados durante el año 2017 y evaluar conjuntamente sus resultados para consensuar un conjunto de recomendaciones en relación al Manejo Integral de la Vía Aérea.
2. Desarrollar un proyecto de seguridad en relación a la vía aérea en pacientes críticos. Se propone implantar un proyecto de seguridad de la vía aérea con los objetivos que representamos en cuatro apartados: a) Formación en Seguridad, b) Notificación, c) Abordaje de la VAD y d) Manejo integral y Cuidados sobre la vía aérea.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El desarrollo de cada una las actividades referidas en el apartado anterior se considerará como indicador para posterior evaluación :

-1.FORMACION EN SEGURIDAD. Colaboración con la Comisión de Seguridad del Hospital para promover la formación en seguridad y notificación de eventos adversos

-2. NOTIFICACIÓN y ANALISIS de incidentes relacionados con la vía aérea en paciente crítico.

a. Se propone desarrollar un sistema de registro de incidentes relacionados especificamente con la vía aérea. Tras implantar el SINASP el grupo de trabajo extraería los incidentes relacionados con la vía aérea para una valoración más exhaustiva.

b. De forma semestral, y extraordinaria cuando suceda un evento con daño crítico y/o catastrófico (valorar análisis causa raíz), se propone realizar sesiones de control

-3.ABORDAJE DE LA VAD. Planificación y desarrollo de protocolos para el manejo de la vía aérea en paciente crítico

a. Conformar un grupo de trabajo multidisciplinar adecuadamente formado para el manejo de la VAD con el objetivo desarrollar y adoptar protocolos para el manejo adecuado de la VAD en todos los ámbitos del Hospital

b. La identificación de sujetos con riesgo o sospecha de VAD ayudará a diseñar un plan estratégico de actuación y a preparar los medios materiales y humanos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes. Se

Proyecto: 2016_1305 ()

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

propone incluir registro de los test predictivos en la historia electronica de la UCI

c.Propuesta de disponibilidad con completo equipamiento del Carro de VAD, incluyendo videolaringoscopios y fibrobroncoscopio. Disponibilidad de ecógrafo.

d. Realizar un actividades de formación donde se expondrán aspectos teóricos y prácticos acerca del manejo integral de la vía aérea difícil y la realización de las técnicas quirúrgicas sobre la vía aérea tanto programada como emergente.

e. Promover colaboración con el Equipo de respuesta rápida en el hospital. Definir competencias equipamiento del maletín atención urgente.

-4. MANEJO INTEGRAL Y CUIDADOS sobre la vía aérea; monitorización y manipulación de la vía aérea en paciente crítico El desplazamiento del tubo orotraqueal o cánula de traqueostomía puede ocurrir en cualquier momento tanto dentro de la Unidad, como en los traslados. Se propone desarrollar un protocolo con competencias claramente definidas para las actuaciones que impliquen manejo de la VA, en especial VAD prevista

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo del año 2017 se prevée la recogida de datos y colaboración con los servicios implicados para conseguir los objetivos referidos. Se analizarán a lo largo del año para hacer una reevaluación tras la implantación de las medidas en continuidad durante el próximo ejercicio 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1307 ()

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

2. RESPONSABLE ..... EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GÜRPEGUI PUENTE MARTA. MÉDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· JIMENEZ RIOS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MARTIN YUS CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· SARASA OLANO MARINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se demuestran numerosos eventos adversos relacionados con la prescripción y administración de fármacos intravenosos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Previo a la implantación del sistema de notificación SINASP se registran incidentes de gravedad que no han sido bien registrados anteriormente. Analizamos con una aproximación inicial los factores contribuyentes relacionados tanto con el paciente, por la complejidad de la situación clínica del paciente crítico; relacionados con personal por situación de estrés, realización de multitud de tareas simultáneamente; de tarea por falta de unificación de perfusiones de fármacos intravenosos, no actualizadas con los últimos fármacos introducidos en nuestras guías terapéuticas en los últimos años; de comunicación con órdenes en ocasiones imprecisas por parte del intensivista; de formación/entrenamiento, donde el personal con más experiencia tiene menos probabilidades de cometer errores en relación a estos a estos aspectos; así como de equipamiento por falta de estandarización de las configuraciones de las bombas de infusión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende realizar un protocolo del servicio de Medicina Intensiva unificando tanto las concentraciones de las perfusiones como las unidades en las que trabajar. Se intentará unificar protocolos con otras Unidades Clínicas del Hospital que atiendan paciente crítico, principalmente urgencias y anestesia.
Comprobar al ingreso de los pacientes a UCI la concentración y configuración de las bombas de infusión pues varios eventos graves se han visto relacionadas con diferentes programaciones en las configuraciones de dichas bombas por protocolos de manejo diferentes entre los servicios de anestesia y UCI.
Difundir dichos protocolos entre médicos y enfermeras. Realización de carteles con la información unificada de los protocolos en cuanto a concentraciones y dosis habituales de una lista concreta de fármacos habituales utilizados en infusión para pacientes críticos actualizada.
Evaluar mediante el SINASP la disminución de incidentes relacionados con la medicación a lo largo del año 2017, compararnos con estándares externos agrupados según gravedad y realizar propuestas de mejora .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Evaluar sistemas prescripción en servicios relacionados con paciente crítico. Se proponen acciones conjuntas con los servicios implicados
Elaboración protocolos y de tabla de infusión de perfusiones de fármacos intravenosos actualizada

2. Difusión de guías y realización carteles para ayuda prescripción. Incluir las consiguientes modificaciones según consenso en el sistema de prescripción electrónica del Servicio.

3. Análisis de resultados registro SINASP de forma continuada durante el período de análisis

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Elaboración de protocolos y guías correspondientes.

2. Evaluación de eventos adversos relacionados con la medicación mediante el sistema de notificación electrónica. Análisis individualizado para definir los estándares según gravedad de los incidentes observados no cuantificables de forma prospectiva. Valor a alcanzar de 0 en incidentes graves. Se procederá a análisis causa raíz de los eventos así considerados a lo largo del período de análisis.

3. Propuestas de mejora Diciembre 2017

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de guías y difusión en el primer trimestre de 2017
Análisis continuado durante el año en curso del registro SINASP con reuniones semestrales con grupo de seguridad para evaluación y convocatoria extraordinaria si procede por evento grave

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1307 ()

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EFECTOS ADVERSOS/REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1711 ()

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA CONTROLAR NIVELES DE RUIDO EN LA UCI CORONARIA HUMS

2. RESPONSABLE ..... JESUS LORENTE CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PIQUER GOMEZ TRINIDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· NEBRA PUERTAS AGUSTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· LAPETRA LABE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· HERNANDEZ MORANTE CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ROYO CARRAMIÑANA NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado aumento de ruido en la UCI en especial en los cambios de turno; dicho aumento del nivel acústico molesta a los pacientes conscientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es comocer dichos niveles acústicos, detectar sus picos máximos, estudiar sus causas y los modos de poder reducirlos para mejorar el confor de los pacientes.
La población diana son los enfermos ingresados en la UCI y que están conscientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Determinar los niveles de ruidos de los que partimos; estudiar sus causas, sus momentos pico, reunirnos para evaluar datos y estudiar medidas correctoras, entre ellas, de formación al personal que trabaja en la UCI,
Se necesita un sonometro; de moneto solo disponemos de uno prestado por otro Servicio del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Determinaciones de niveles de ruido los días programados al comienzo del estudio: nº de determinaciones realizadas/ nº de determinaciones programadas: > 80%
Determinaciones de niveles de ruido los días programados al final del estudio: nº de determinaciones realizadas/ nº de determinaciones programadas: > 80%
Reducción del nivel de ruido: niveles de ruido al final del estudio/niveles de ruido al comienzo del estudio < 1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio el 1-04-2017 y final en diciembre del 2017
Provision de material; determinaciones de nives de ruido en julio, estudio de resultados y de medidas aaplicar en octubre, nuevo control en diciembre y estudio de resultados a continuación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología crítica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0976 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIN RUIZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GIL PEREZ DESIRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· ABIO LUPON MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada.
Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes.
La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las ?bacteriemias.
• Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.?
• Identificar oportunidades de mejora para implementar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo, secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.

• Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)

• Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.

• Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.

• La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
? Bacteriemias por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
? Bacteriemias por Candida sp
? Bacteriemias por Enterococcus sp
? Bacteriemias por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de transmisión de la información:
-Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
-Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:
-Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)

Proyecto: 2016_0976 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

-Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
-Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:
-Mortalidad cruda a los 14 días
-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016-Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016-Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportunidades mejora: Todo el período

9. OBSERVACIONES.
Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BIELSA MASDEU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· ASSO ABADIA ATONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· TEJADA MEZA HERBERT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MORENO DIAZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MARTINEZ DELGADO SUSANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El correcto manejo del paciente con síncope es una importante área de mejora en el HUMS. Supone un 0.9% de la consultas urgentes. En el primer semestre del 2016 se atendieron en Urgencias 588 pacientes, de los cuales 396 (67.3%) fueron dados de alta a domicilio, 2(0.3%) se remitieron a consultas externas (CCEE), 158 (27%) ingresaron para estudio, 23 (4%) se trasladaron a otros Hospitales, y 9 (1.5%) se fueron de alta voluntaria. En total, en 167 pacientes (28.5%) fueron hospitalizados. De los ingresados en el HUMS, 62 lo hicieron en Cardiología, 88 en Medicina Interna (M.I.) y 4 en Neurología.
Hemos analizados los datos de los ingresados en M.I. en el segundo semestre del 2010. Hubo 86 pacientes con una media de edad de 73 años, siendo independientes el 84% (72). Solo 2 volvieron a tener un síncope en el ingreso. La estancia media fue de 8.85+/- 4.2 días, con un retraso en la realización de las pruebas complementarias (PC) de 5.27+/-1.18 días. Revisando la historia clínica, consideramos que sólo en 15 casos (12.9%) era necesario el ingreso para el ajuste de tratamiento en los pacientes independientes.
El ingreso de pacientes con síncope sin criterios de gravedad para estudio es un tema controvertido por el alto gasto que supone en cuanto a uso de camas y gasto en personal. En el Servicio de M.I. suponen un 4% del total de ingresos. Teniendo en cuenta los datos de nuestro estudio, si se hubiera llevado a cabo de forma ambulatoria, podríamos haber generado un ahorro de: 59 pacientes x 8,85 días x 900 euros/cama/día= 470000 euros durante los 6 meses de estudio.
Nos planteamos la siguiente línea de mejora:
Creación de un protocolo de actuación ante el síncope aplicando las guías europeas e identificando los pacientes de riesgo.
Protocolización de los criterios de alta, ingreso o estudio ambulatorio.
Disminuir el número de pacientes de estudio hospitalizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que todos los pacientes que acudan a Urgencias por síncope tengan una anamnesis con recogida de datos, exploración física, algoritmo de actuación y PC iniciales homogéneas.
Que una vez concluida la sospecha diagnóstica y gravedad del riesgo sean evaluados por el especialista pertinente si se requiere el mismo día.
Disminuir el retraso en las PC necesarias (ecocardiograma, Holter, EDTSA).
Optimizar la indicación de PC.
Disminuir el tiempo de espera para la valoración ambulatoria (máximo 72 horas).
Disminuir el número de ingresos hospitalarios para estudio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los Servicios de Urgencias, Cardiología, M.I. y Neurología.
Elaboración de un algoritmo de actuación detallado y distribución entre todos los facultativos de Urgencias.
Adaptación de las agendas de las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Diagnóstico Rápido de M.I. y Ecodopler de Neurología para asegurar la posibilidad de citación en un máximo de 72 horas, tanto para la realización de las PC como para la valoración clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras la primera reunión del grupo de trabajo multidisciplinar se hará un análisis de los siguientes indicadores; posteriormente de forma trimestral durante el primer año:
Porcentaje de pacientes con aplicación del algoritmo diagnóstico del total de los pacientes con síncope.
Número y porcentaje de pacientes valorados por Cardiología, Neurología y M.I. en la Urgencia.
Número y porcentaje de pacientes derivados a las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. desde la Urgencia.
Tiempo medio transcurrido desde la llegada a Urgencias hasta ser atendidos en las CCEE de dichos Servicios.
Pruebas realizadas en total: número de ecocardiogramas, Holters, EDTSA, mesa basculante por el total de pacientes estudiados.
Comparación del total de pruebas realizadas con las realizadas el mismo periodo del año anterior.
Comparación del total de pacientes ingresados en cada servicio respecto del mismo periodo del año anterior.
Valoración de los diagnósticos ambulatorios.
Valoración de la evolución de todos los pacientes atendidos de forma ambulatoria: repetición del síncope o no en el tiempo de espera de estudio, y consecuencias clínicas si las hubiera.

Proyecto: 2016_1006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Cálculo del ahorro generado: estancias hospitalarias, PC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión del grupo de trabajo en Noviembre.
Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Enero de 2017.
Adecuación de las agendas de las CCEE de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. en Enero.
Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final de cada trimestre del 2017.
Difusión del método y resultados en reuniones conjuntas de los 4 servicios en Diciembre del 2017 y en Congresos correspondientes de cada especialidad por medio de comunicaciones cuando se celebren.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0552 ()

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABOS OLIVARES MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
· ARRABAL MARTINEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. FISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· BAILO MASTRAL PABLO. TECNICO/A DE INFORMATICA. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· BERMUDO GARCIA EVA MARIA. TECNICO/A SUPERIOR DE MEDICINA NUCLEAR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
· DIAZ DORMIDO ARTURO. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
· VICENTE REDONDO SONIA. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con el objetivo de conseguir la satisfacción de sus clientes -pacientes y profesionales- y con la mejora continua con herramienta fundamental y base de su política de calidad, el Servicio de Medicina Nuclear del HUMS mantiene desde 2011 la acreditación de su SGC bajo la norma ISO 9001:2008
Para el año 2017 y como objetivo de los Procesos clave Diagnóstico y Terapéutico, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes, el Servicio se plantea gestionar el cumplimiento de la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes en los Estados miembros y que establece que, las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a sus directrices han de estar en vigor “a más tardar el 6 de febrero de 2018”. Entre ellas, se incluye la obligatoriedad de justificar la exposición a dosis médicas, informar a los pacientes y registrar y notificar las dosis de exposición de los procedimientos.
El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Miguel Servet recoge en la historia electrónica de cada paciente la dosis de radiofármaco (mCi) administrada en cada procedimiento desde el año 2008, en el que se implementó la realización de informes clínicos en HpDoctor. Sin embargo, en su artículo 58, la Directiva 2013/59/Euratom establece la obligación de incluir en el informe del procedimiento la información relativa a la exposición (dosis equivalente efectiva –mSv-) como valor para el historial dosimétrico que permita al prescriptor disponer de información a la hora de tomar decisiones sobre pruebas complementarias, al Médico Nuclear cumplir los principios de justificación, optimización y control de dosis y que asegure al paciente su derecho a la información.
Servicios de salud de algunas comunidades autónomas ya trabajan hace unos años no solo el registro de exposiciones sino el acceso individual de los pacientes a esta información. En nuestro caso, partiendo del proyecto de acceso a la historia individual “Carpeta de Salud” en el que SALUD ya está trabajado, un primer paso puede ser la incorporación del valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración en HpDoctor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo de procesos ISO 9001:2008, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: implementación del historial dosimétrico para procedimientos de Medicina Nuclear, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes, incorporando el valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración de Medicina Nuclear.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.
2. Análisis con Siemens y con los Técnicos de Medicina Nuclear de las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.
3. Análisis con el Servicio de Informática del HUMS de la posibilidad de incorporar el valor de exposición, vinculado a un campo en HpDoctor, con cálculo automático a partir de la edad y dosis.
4. Implementación
5. Puesta en marcha en pruebas
6. Comunicación al personal del Servicio: Jefatura de Servicio
7. Puesta en marcha y difusión del proyecto
8. Evaluación: responsable de calidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: enero y mayo 2017
Indicador: (Reuniones realizadas/reuniones previstas)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 100%

2. Muestreo de conveniencia para evaluación de calidad seleccionando al azar 40 informes de procedimientos en historia electrónica realizados durante el mes de diciembre de 2017 (10 informes de cada semana).
Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total informes)*100

Proyecto: 2016_0552 ()

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Estándar: 100%
Objetivo: 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Enero 2017: Reunión del grupo de trabajo
a. Análisis de la situación y necesidades
b. Valoración apoyo técnico aplicaciones Siemens
c. Asignación de tareas y calendario
2. Enero-mayo 2017:
a. Desarrollo
b. Reunión del grupo de trabajo
3. Junio 2017: pruebas en HpDoctor
4. Septiembre 2017
a. Reunión informativa a los profesionales de MN
b. Puesta en marcha
c. Difusión
5. Diciembre 2017
a. Evaluación
b. Reunió de cierre o acciones de mejora en caso necesario

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0891 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· GIMENEZ JULVEZ TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MARCO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· GARCIA NAVALON PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· TABUENCA ARCE MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· VAZQUEZ HEREDIA MARIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la auditoría interna del SGC, se identificó como área de mejora la gestión de la consulta de vacunación a grupos de riesgos, incluyendo la informatización del informe de consulta en el HP Doctor y la inclusión de la agenda de citas en papel en la agenda del hospital. Valorado por el grupo de calidad, se considera un área prioritaria por el impacto para mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes y la gestión de la consulta.
Actualmente, la citación a la consulta se realiza en una agenda en papel y una base de datos en Access. La agenda de la consulta de Medicina Preventiva no figura en el sistema informático del hospital, con lo que no se puede realizar una buena explotación de la información de la agenda, otros Servicios no pueden ver las citas pendientes y es difícil identificar los pacientes derivados de compañías, seguros privados, etc, para realizar la facturación a terceros y se duplica el trabajo al citar en papel y tener que meter manualmente la información a la BD en Access.
El otro aspecto fundamental es mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos. La historia clínica es propia de Medicina Preventiva y no es accesible para los especialistas ni para los médicos de Atención Primaria. La comunicación con los especialistas y médicos de Atención Primaria se realiza a través de un informe fotocopiado en papel que el propio paciente lleva a su especialista. El informe se da una vez realizado el estudio para valorar infección tuberculosa latente y programado el calendario vacunal. Esto lleva a que la comunicación con los especialistas no siempre sea completa, puesto que no sabe qué vacunas se han administrado en un momento concreto o cuál es su estado serológico tras la vacunación, ni es suficientemente rápida ni accesible. Este es un primer paso para la inclusión de toda esta información en la historia clínica electrónica que sería el objetivo final.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la continuidad de cuidados del paciente de riesgo, facilitando la comunicación y la transmisión de la información desde Medicina Preventiva a los especialistas y a Atención Primaria y viceversa en aras de la mejora de la atención del paciente.
Disminuir errores y reducir eventos adversos derivados de revacunaciones innecesarias y errores de administración de vacunas motivados por un mal registro.
Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.
? Definir la agenda para la citación informatizada en el sistema del hospital, según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta para una mayor efectividad y eficiencia. Responsable: Jefa de Sección.
? Escribir el procedimiento de citación, incluyendo tipos de consultas distintas (primeras/sucesivas), posibilidades de derivación… Responsables: Facultativos, enfermeras y TCAE.
? Crear una agenda en el sistema de citaciones del hospital. Responsable: Citaciones.
? Implementar la agenda. Responsable: TCAE consulta.
Mejorar la continuidad de cuidados:
? Elaborar un informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente, en HP Doctor que incluya los resultados de las pruebas realizadas para descartar o diagnosticar infección tuberculosa latente (cuando proceda), la información sobre vacunas administradas o pendientes de administrar y el seguimiento serológico del estado inmunitario del paciente.
? Implementar el informe en HP Doctor.
? Responsables: Jefa Sección y Facultativos del Servicio de Medicina Preventiva

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Se ha elaborado e implantado una agenda de citación incluida en el sistema de citación informatizada del Hospital para la consulta de Medicina Preventiva que está disponible en la citación del hospital.

Indicador 2: % de pacientes nuevos para los que se ha elaborado un informe de alta en HP Doctor de acuerdo con los criterios definidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0891 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Informatización informe de consulta de vacunación de grupos de riesgo: noviembre 2016-marzo 2017
Implementación del informe de evaluación y vacunación en pacientes nuevos: marzo-diciembre 2017
Inclusión agenda hospitalaria de la citación de la Consulta de Medicina Preventiva: primer trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Vacunación en grupos de riesgo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0904 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· GIMENEZ JULVEZ TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LEBRERO ORS PURIFICACION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MARCO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LARRODE PEREZ MARTA. TCAE. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA. TCAE. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs…) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.
Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.
Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/ esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.
Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes
Objetivos secundarios
Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:
• Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.
• Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.
• Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.
Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseñar estudio de evaluación: FEAs
Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs
Recogida de datos: DUEs, TCAEs
Evaluar los resultados: FEAs
Rediseñar el protocolo: FEAs

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR

Proyecto: 2016_0904 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR
Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión
Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016
- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016
- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016
- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017
- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0283 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NUÑEZ MEDINA ROSSI. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GOMARA LOMERO MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VICENTE VILLANUEVA MERCEDES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARCEN SERRANO ALICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANZ BAGUENA BEATRIZ. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Antibióticos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado:

- PTA-50_Z2(E)M_L-MB Identificación de microorganismos mediante espectrometría de masas (Maldi-tof, proteómica)

- PTA-51_Z2(E)M_L-MB Identificación y sensibilidad antibiótica por método automatizado Microscan Walkaway

- PTA-52_Z2(E)M_L-MB Sensibilidad antibiótica: método de difusion con discos y test de epsilon (e-test)

Ampliación del alcance de acreditación para:

- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia en Gram negativos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:
- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Septiembre 2016
Fecha de finalización: Noviembre 2017

Proyecto: 2016_0283 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-enero 17
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: sep 16-enero 17
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0322 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JUAN SAHAGUN PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREIRA BOAN JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MORILLA MORALES ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ELU ESCALANTE MARGARITA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ SIMON REBECA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ABADIA CARCAS INES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Respiratorio, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado; DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR FIBROBRONCOSCOPIA y ampliación del alcance de acreditación para DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
-Formación y Cualificación del personal implicado
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
-Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaded acreditadas

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: Mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:01/09/2016-31/10/2016
-Formación y Cualificación del personal implicado: 01/11/2016-31/12/2016
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 01/11/2016
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 01/11/2016
-Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 01/09/2016
-Evaluación y seguimiento de indicadores: 01/11/2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0322 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0351 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES ROC ALFARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OMEÑACA TERES MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA GALLO MATILDE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GOMEZ AURIA MARIA ANGELES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado:

• PTA-40_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis B (VHB) Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por electroquimioluminiscencia en el autoanalizador Cobas e 411

• PTA-41_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis A (VHA), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por quimioluminiscencia en el analizador Advia Centauro

• PTA-42_Z2(E)M_L-MB Determinacion de anticuerpos frente a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes Simple, por quimioluminiscencia en el autoanalizador Immulite.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo

Proyecto: 2016_0351 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACREDITACION ISO 15189
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0384 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION LOPEZ GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ ESGUEVA MARTA. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VALENZUELA MENA JULIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· AGUDO MORALES CELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MENDEZ GARCIA CRISTINA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· RUIZ ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de EPIDEMIOLOGÍA, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado Detección de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina por cultivo en muestras de vigilancia epidemiológica.
Ampliación del alcance de acreditación para: CRIBADO DE BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN MUESTRAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos.
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Diciembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.

Proyecto: 2016_0384 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada.
- Evaluación y seguimiento de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Norma ISO 15189
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0468 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMA ISO 15189 EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FERRER CERON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ESGUEVA MARTA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CALVO MARTIN SONIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PINILLA MAINAR CLARA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MANDARU ELENA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARCEN SERRANO ALICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OTAL SAURAS ESMERALDA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado:

o PTA-60_Z2(E)M_L-MB “Diagnóstico microbiológico de infección osteoarticular e intraabdominal”
o PTA-61_Z2(E)M_L-MB “Diagnóstico de infección de tejidos superficiales”

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaded acreditadas

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre-2016
Fecha de finalización: Octubre-2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: Octubre 2016- Febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el período
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el período
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: Todo el período
- Evaluación y seguimiento de indicadores: Septiembre-Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0468 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACIÓN SEGÚN NORMA ISO 15189 EN LA SECCIÓN DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0507 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). Sº MICROBIOLOGIA. HUMS

2. RESPONSABLE ..... BLANCA FORTUÑO CEBAMANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑUELAS BAYON JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALARCON DABAD CLARA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MONTES LASHERAS JARA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEREIRA BOAN JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha llevado a cabo en la Sección de Respiratorio del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario "Miguel Servet" de Zaragoza.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Secciones de Respiratorio y de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora contínua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliación del alcance de acreditación para DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA COLONIZACIÓN-INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3 er indicador: Diseño de control interno SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Realización del Procedimiento Técnico de Análisis: 04/2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: 04/2017
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 06/2017
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada: 06/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 06/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0507 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). Sº MICROBIOLOGIA. HUMS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0509 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JESUS VIÑUELAS BAYON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ SIMON REBECA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ABADIA CARCAS INES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ELU ESCALANTE MARGARITA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALARCON DABAD CLARA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MONTES LASHERAS JARA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado: TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN Y DE KINYOUN, SIEMBRA Y CULTIVO EN MEDIO LÍQUIDO Y HEMOCULTIVOS DE MICOBACTERIAS, IDENTIFICACIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR INMUNOANÁLISIS CROMATOGRÁFICO, IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS MEDIANTE ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) Y MEDIANTE ANÁLISIS GENÉTICO, DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX MEDIANTE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR), y ampliación del alcance de acreditación para ANTIBIOGRAMA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN MEDIO LÍQUIDO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er Indicador: Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

3 er indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

4º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: 12/2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: 12/2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 12/2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 04/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 12/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Proyecto: 2016_0509 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0563 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARTIN SACO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· NUÑEZ MEDINA ROSSI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· JIMENO CARREY SONIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEIRO MURILLO BEATRIZ. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MAZA INVERNON ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· JERICO CLAVERIA LAURA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dentro del programa de uso racional de antimicrobianos, creemos que intensificar esta estrategia en Atención Primaria es fundamental. Este proyecto pretende ayudar al médico de Atención Primaria, en las decisiones de recogida de muestras y la interpretación de resultados para un adecuado manejo posterior del paciente. Para ello pretendemos establecer un canal de comunicación más directo con el servicio de Microbiología, poniendo a disposición del clínico un canal bidireccional de teléfono y correo electrónico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Comunicación más directa entre Atención primaria y el Servicio de Microbiología
2. Difundir el Manual de Toma de Muestras
3. Mejorar el conocimiento de las infecciones en Atención Primaria y su diagnóstico
4. Mejorar el uso de antibióticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II. Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.
- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares…)
- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: llamadas registradas y consultas en correo electrónico
2º indicador: incidencias anteriores y posteriores al proyecto
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual SI/NO
4º indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: octubre 2016
Fecha de finalización: octubre 2017
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: septiembre-octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0572 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PALACIAN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GONZALEZ ERIC. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ORTEGA LARREA DIEGO. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MOLINA ALEJANDRE ISABEL. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA LEDESMA RICARDO. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· APARICIO IVAN CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LUCEA PAREJO YOLANDA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas asistenciales desde el año 2009.
La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorias internas y externas.

La experiencia de estos últimos años en la acreditación ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que se ha ido ampliando a diferentes áreas asistenciales del laboratorio, que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos y LCR, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliación del alcance de acreditación en la sección de Hemocultivos para:

- Diagnóstico de meningitis bacteriana
- Infecciones asociadas a dispositivos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaddes acreditadas

Tareas asignadas:
- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1º indicador: Realizar procedimientos técnicos de análisis (100%)

2º indicador: Formación del personal adscrito Nª personas formadas/nº personas adscritas > 95%

3º indicador: Realización y Cumplimentación de registros técnicos y de calidad
Nª registros cumplimentados/Nª Registros totales x 100 Objetivo a alcanzar > 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016

Cronograma:
Realización procedimientos técnicos de análisis: Octubre-Diciembre 2016
Formación y cualificación del personal adscrito: Enero-Febrero 2017
Implantación registros técnicos y control interno: Marzo-Abril 2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0572 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0603 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO REZUSTA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALENZUELA MENA JULIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ESPAÑA HERNANDEZ JULIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CUBILLO GARCIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· AGUDO MORALES CELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CUBILLO CRUZ FABIOLA MACARENA. TCAE. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SOTERAS COLON RAQUEL. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OTAL SAURAS ESMERALDA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliación del alcance de acreditación: sensibilidad antifúngica de levaduras

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:
- Formación y Cualificación del personal implicado:
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad:
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad por acreditar
- Evaluación y seguimiento de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Diciembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0685 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE REVILLO PINILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EGIDO LIZAN PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CALVO MARTIN SONIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MANDARU ELENA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados ORL, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio. La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Las infecciones de la esfera ORL incluyen a todas las que afectan a la cavidad oral y rinosinusal, orofaringe, faringe, laringe y sus espacios, así como el aparato auditivo y las estructuras que conforman la visión (el ojo y sus estructuras anejas) y son, junto con las infecciones de las vías respiratorias bajas, las infecciones más frecuentes en clínica humana.
• La faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta y prescripción de antibióticos en Atención Primaria. Las manifestaciones clínicas de la infección pueden no ser suficientes para realizar el diagnóstico etiológico y diferenciar si la infección es vírica o bacteriana, por lo que, en muchos casos, es importante realizar el diagnóstico microbiológico.
• El cultivo del exudado faringoamigdalar es el procedimiento de referencia para realizar el diagnóstico microbiológico. La sensibilidad de estas pruebas varía con la calidad del reactivo utilizado y la experiencia de los profesionales que la realizan y validan.
• La interpretación de los cultivos tomados de las cavidades orofaríngea, nasal, ótica u ocular es difícil debido a que estas zonas están frecuentemente colonizadas y los cultivos sólo deben estar indicados si existen claros signos de infección o si no hay respuesta al tratamiento instaurado.
• La mejora en la identificación y diagnóstico de estos procesos es el objetivo principal de este proyecto en línea con la acreditación de la sección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
o El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo y cuantitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival en los medios de cultivo agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey, agar Schaedler, agar Sabouraud, y medio líquido de tioglicolato.
o La tinción de Gram de muestras óticas, conjuntivales y sinusales es fundamental para hacer una correcta interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.
o El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, conjuntivales, lesiones orales y con menor frecuencia raspados corneales y otras muestras oculares (humor vítreo, acuoso, abscesos) y aspirados sinusales y nasosinusales.

- Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Area, Jefe Servicio)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)
- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Conseguir la acreditación ISO 15189 de calidad de la sección.

Proyecto: 2016_0685 ()

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: diciembre 2016
Fecha de finalización: abril-mayo 2017

- Actualización y perfeccionamiento del PTA: septiembre 2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: octubre 2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: noviembre 2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: diciembre 2016
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 2017 anual
- Evaluación y seguimiento de indicadores: semestral.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0710 ()

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL UROCULTIVO EN LA MUJER EMBARAZADA. MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVO, Sº DE MICROBIOLOGIA, H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ALDEA ALDANONDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCO ROYO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEREZ CAAMAÑO NOEMI. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· JIMENO CARREY SONIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2013
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Microbiología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro plantenamiento es: La evidencia de urocultivos mensuales en la embarazada sólo está indicado en aquellas mujeres que hayan tenido un episodio de bacteriuria asintomática recidivante o de pielonefritis aguda. Hay menos evidencia en las que hayan tenido cistitis y ninguna en las que no han tenido clínicamente nada.
Ni en las recomendaciones de la SEGO ni la guía SEIMC 2016 (en revisión) queda claro que haya que hacer urocultivos mensuales a todas las embarazadas (salvo el screening entre la 12 y 16-17 semana) ya que el coste beneficio y el riesgo de evitar una complicación a la madre es <0,1% (y al RN menor aún).
En la mujer embarazada, no hay que realizar urocultivos mensuales en aquellos casos en los que no se detecta bacteriuria en la semana 12-16, período que se ha determinado como de mayor frecuencia de ITU en el embarazo. En el caso de bacteriuria sintomática, la guia de la SEGO 2013 recomienda urocultivos mensuales hasta el parto en el esquema de actuación, pero comenta que no hay estudios adecuados sobre la periodicidad de realizar dichos cultivos ni una evidencia fuerte que los justifique tras un tratamiento correcto y sin antecedentes de recidiva. No hay evidencia sobre la actitud a realizar cuando la paciente ha presentado una cistitis aunque parece razonable la misma actitud que en la pielonefritis.
En nuestra práctica diaria nos encontramos que en un período de marzo a junio de 2016 se enviaron 969 urocultivos de mujeres embarazadas desde las unidades de Tocología de centros de Salud, Especialidades y consultas hospitalarias, resultando 80% muestras negativas, 12% contaminadas y sólo 6% positivas. De ellas 349 muestras pertenecían a mujeres sin especificar el trimestre de gestación, 219 al primer trimestre y 296 en el tercer trimestre. Tomando el límite bajo de desadecuación, nos podemos encontrar que 645 urocultivos estuvieron mal indicados, lo que supone un gasto directo para el laboratorio de 4.500 euros en esos 4 meses, más de 12.000 euros al año.
Podemos regularizar las solicitudes de urocultivo en las mujeres embarazadas, con unas indicaciones claras y adecuadas. Ese es el planteamiento que persigue este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado en la Sección de Urocultivo optimizando la indicación de la realización de urocultivo en la embarazada.
1. Un urocultivo en la primera visita entre la 12-16 semana de gestación.
2. Urocultivo de control postratamiento a partir de las 72 h de finalizar
3. Urocultivo si síntomas o bacteriuria asintomática recidivante
4. No indicar urocultivo en base sólo al resultado de las tiras rápidas de orina.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de un nuevo Procedimiento Técnicos de Análisis para el mantenimiento del alcance en relación con el urocultivo en la mujer embarazada.
- Formación y Cualificación del personal implicado incluyendo reuniones informativas y consenso del protocolo con los obstetras y tocólogos de los centros remitentes.
- Difusión de las indicaciones a seguir para la solicitud de urocultivo
- Cumplimentación adecuada de los registros del volante de petición y comentario clínico.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: Reducir nº de solicitudes de urocultivo inadecuadas en las embarazadas
Indicador: Nº de registros inadecuados/ Nº de registros adecuados <1
Objetivo a alcanzar > 90% indicaciones adecuadas
2º indicador: Cumplimentación adecuada del volante de petición donde conste la edad gestacional de la paciente que se solicita el urocultivo y justificación del mismo.

Proyecto: 2016_0710 ()

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL UROCULTIVO EN LA MUJER EMBARAZADA. MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVO, Sº DE MICROBIOLOGIA, H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

%volantes con información adecuada>80%
3er indicador: Descenso del gasto en consumo de placas de urocultivo (comparación con los 6 meses previos)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Diciembre 2016
Fecha de finalización: Junio 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: Nov 2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: Nov 2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Evaluación y seguimiento de indicadores: marzo 2017 y junio 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0751 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRUZ VILLUENDAS USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR. MIR 4º. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ROMEO MORENO SERGIO. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GUERRERO DIAZ CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTIN GRACIA ROCIO. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

El uso de catéteres es una práctica muy utilizada en los hospitales, siendo la bacteriemia por catéter y sus complicaciones una causa importante de morbi-mortalidad. Para el diagnóstico microbiológico de dichas bacteriemias es necesario el cultivo del catéter así como la extracción de Hemocultivos, estos últimos ya acreditados.
En este proyecto se ha seleccionado, como oportunidad de mejora, la estandarización del cultivo de los distintos tipos de catéter incluyendo los requisitos preanalíticos necesarios para una correcta interpretación de los resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance acreditado:

- Mantenimiento y actualización del procedimiento contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB
- Mantenimiento de los indicadores ya establecidos para su seguimiento

Ampliación del alcance de acreditación: Mejorar el diagnóstico de la bacteriemia relacionada con el uso de catéteres:

?Fase preanalítica

Conseguir un correcto envío de las muestras. El envío de un catéter debe acompañarse de una extracción de hemocultivos, en caso contrario no debe realizarse la siembra de dicho catéter.
Obtener, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra.

?Fase analítica

Siembra del exterior e interior del catéter que permita detectar vías de infección extraluminal e intraluminal.

?Fase postanalítica

Mejora en la interpretación de los resultados como consecuencia de los puntos anteriores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad
- Implantación del control de calidad relacionado con la ampliación de alcance
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Proyecto: 2016_0751 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mantenimiento de los indicadores incorporados para el hemocultivo:

• Tasa global de hemocultivos verdaderos positivos
• Tasa global de contaminados
• Tasa de verdaderos positivos en adultos
• Tasa de contaminación en adultos
• Tasa de hemocultivos con volumen no adecuado en adultos
• Pacientes adultos con un solo hemocultivo
• Hemocultivos de seguimiento en bacteriemia por S. aureus
• Informes urgentes en las primeras 24 horas

Incorporación de indicadores para la siembra de catéter (Nuevo alcance):

Nº catéteres con hemocultivo / Nº catéteres recibidos. Objetivo 90%
Nº catéteres sin hemocultivo sembrados / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 0%
Nº llamadas de solicitud de hemocultivos / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 100%
Nº catéteres identificados / Nº catéteres recibidos. Objetivo 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0761 ()

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· NAVARRO AZNAREZ HERMINIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GOMARA LOMERO MARTA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ARAZO GARCES PIEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· SIERRA GARCIA DIVINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· GASSO SANCHEZ AMALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el control del tratamiento de los pacientes con infecciones virales se precisan determinaciones de cargas virales para valorar su eficacia y estudios de resistencias en los casos en los que se detecten fallos virológicos (FVV), de forma indirecta también se valora la adherencia al tratamiento, dato fundamental para diferenciar un fallo de tratamiento verdadero de un incumplimiento terapéutico.
Los pacientes con infecciones virales crónicas representan un colectivo muy amplio y con un alto impacto económico y, desde el año 2015 se ha visto notablemente incrementado desde que se aprobó el uso de los nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC.
La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Según la OMS, se define adherencia como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente y la persistencia del paciente al tratamiento como la duración entre el inicio de un tratamiento y su interrupción por parte del paciente de forma unilateral (concepto de terapia continua)

La adherencia y la persistencia son dos conceptos complementarios que miden el comportamiento de un paciente con las recomendaciones del proveedor de salud.
En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. El tratamiento de los pacientes con hepatitis crónica C está experimentando numerosos cambios como consecuencia de la autorización sucesiva en un corto periodo de tiempo de nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC. Aunque la tasa de efectos adversos ha disminuido drásticamente respecto a terapias previas, persisten interacciones medicamentosas y efectos indeseables, que obligan a un abordaje multidisciplinar, y una constante actualización para la toma de decisiones.
En los pacientes con VIH y hepatitis B (VHB) crónica una buena adherencia es un factor crítico para conseguir la supresión virológica. Detectar el incumplimiento terapéutico y establecer intervenciones encaminadas a mejorarlo es un objetivo prioritaro.
Estos fármacos se dispensan en el servicio de farmacia en el área de pacientes externos donde se registran los datos de inicio, pauta y tiempo de tratamiento, en los casos de tratamiento finito (VHC)
La información compartida entre el Servicio de Farmacia y el laboratorio de Microbiología es fundamental para conocer el grado de efectividad del tratamiento. La carga viral y el registro de dispensaciones aportan un valor añadido al manejo del paciente por parte del equipo sanitario y así poder implementar intervenciones que mejoren los resultados en salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la calidad y continuidad asistencial
Implementación de un protocolo multidisciplinar en el correcto manejo del paciente con una infección viral crónica, junto al servicio de Microbiología, Farmacia, Infecciosas y Digestivo.
Favorecer adherencia: paciente VIH, hepatitis B y hepatitis C.
Incrementar la seguridad en el manejo de fármacos antivirales.
Optimizar los resultados en salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Establecer un circuito de información que permita:
• diferenciar entre auténtico fallo virológico y abandono de tratamiento.
• semana del tratamiento al que pertenece la determinación.
• Favorecer el grado de cumplimiento al tratamiento.
• Detectar interacciones clínicamente relevantes y comunicarlas al clínico responsable.
2. Mejorar el grado de adherencia de los pacientes con fallo virológico
3. Disminuir el número de determinaciones redundantes que no aporten ningún dato clínico relevante ni toma de decisiones.
4. Disminuir el número de estudios de resistencias.
5. Revisar y valorar posibles interacciones (VIH, VHC, VHB).
6. Detección precoz de la no adherencia/falta de persistencia en los tratamientos VHC.
7. Reflejar en el informe de microbiología el grado de cumplimiento

Proyecto: 2016_0761 ()

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición de circuito de información multidisciplinar (Si/No)
Número de pacientes con carga viral detectable de VIH y hepatitis B y valoración de la adherencia. (>80%).
Número de pacientes que inician tratamiento de hepatitis C con valoración de la adherencia y de las interacciones. (>90%)
Número de estudios de resistencias y diferenciar entre el FVV y el abandono de tratamiento.
Número de peticiones redundantes
Inclusión de una alerta del porcentaje de adherencia según registro de dispensación de Farmacia en el informe de Microbiología. (Si/No)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Definición de circuito de información: Oct-Dic 2016.
Cálculo de adherencia: Oct 2016-Dic 2017.
Revisión y valoración de interacciones: Oct 2016-Dic 2017.
Concordancia entre FVV y falta de adherencia e inclusión en el informe dirigido al clínico: Oct 2016-Dic 2017.
Número de estudios de resistencias y peticiones redundantes: Oct 2016-Dic 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Atención multidisciplinar

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hepatitis C

Proyecto: 2016_0889 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

2. RESPONSABLE ..... JUAN MANUEL GARCIA LECHUZ MOYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEREZ CAAMAÑO NOEMI. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ GONZALEZ ERIC. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ORTEGA LARREA DIEGO. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad el Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB) está acreditado desde 2014.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mantenimiento del alcance acreditado Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.

Tareas asignadas:
? Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
? Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

? Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador del mantenimiento de la acreditación:
mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

• Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-nov 17
• Formación y Cualificación del personal implicado: sep 16-nov 17
• Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: sep 16-nov 17
• Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. sep 16-nov 17
• Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada sep 16-nov 17
• Evaluación y seguimiento de indicadores: sep 16-nov 17

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_0889 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0540 ()

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ JULIA FRONTIÑAN PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER LOPEZ EMILIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRASPLANTE RENAL
· MODREGO IRANZO DIANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SASAL PEREZ SARA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DEL BARRIO ARANDA NATALIA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAZARO GONZALEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ANTON RAMAS SONIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ABRIL MARQUES GLORIA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incidencia de infecciones nosocomiales en pacientes que precisan aislamiento inverso por un elevado riesgo de tener infecciones bacterianas, víricas, fúngicas y parasitarias debido a la no correcta realización de estas medidas preventivas por los acompañantes.
Consideramos imprescindible el refuerzo de la educación de la salud por parte del personal de enfermería para evitar en mayor medida el riesgo de infecciones por este motivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reforzar las medidas de higiene preventivas, a los acompañantes para evitar en el mayor grado posible los riesgos potenciales de infección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará un documento informativo, tipo tríptico, visual y sencillo, como refuerzo a la educación que se dé a los acompañantes del paciente, antes de entrar en la habitación. Si se observan conductas de riesgo en los visitantes que puedan afectar a los pacientes con aislamiento inverso, se reforzará la educación para la salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se obtendrán datos objetivos mediante los resultados solicitados por su médico especialista, a través de las muestras recogidas, y el seguimiento realizado por medicina preventiva.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre - Noviembre 2016 : Elaboración del documento informativo (tríptico) para entregar a los acompañantes sobre las medidas preventivas de aislamiento inverso.
Diciembre 2016: Inicio de educación para la Salud,en pacientes con aislamiento inverso, a acompañantes.
Enero- Septiembre de 2017: Continuación de la fase anterior.
Octubre 2017: Revisión de los datos obtenidos por el servicio de medicina preventiva, y comprobación de la disminución del porcentaje de infecciones presentadas en los pacientes con aislamiento inverso.
Noviembre- Diciembre 2017: Puesta en común de los resultados obtenidos en cada servicio en los que trabajen los integrantes del grupo.

9. OBSERVACIONES.
Los integrantes del proyecto desarrollan su labor asistencial, en diferentes servicios, lo que dará una visión en conjunto de los resultados obtenidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0560 ()

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... EMILIA FERRER LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· DEL BARRIO ARANDA NATALIA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SASAL PEREZ SARA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAZARO GONZALEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los pacientes hospitalizados existe un riesgo potencial de caídas relacionado entre otros, con la edad, los antecedentes personales, la enfermedad actual y, el desconocimiento del medio hospitalario.
Debido a que es un riesgo que puede conllevar el empeoramiento en el estado de salud del paciente, consideramos necesario reforzar la educación para la salud, con el fin de minimizar este tipo de incidentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir la incidencia de caídas en los pacientes hospitalizados en cada unidad a través de la educación para la salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El programa se iniciará con una reunión para todo el personal sanitario donde prestan sus servicios los integrantes del equipo, en el que se concienciará de las consecuencias de este riesgo.
El equipo encargado de este proyecto, preparará un documento informativo para incluir la educación para la salud en la primera toma de contacto, realizada durante la valoración al ingreso del paciente.
Se reforzará la educación entregada al ingreso en el turno de la noche, antes del descanso nocturno.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existe un protocolo específico en el que se registra las caídas ocurridas durante los ingresos hospitalarios. En cada servicio se insistirá en la necesidad de cumplimentar este protocolo en caso de que suceda una caída.
Analizaremos los registros recogidos pre y post educación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante los meses de Octubre a Diciembre de 2016 se llevará a cabo, la realización del documento informativo que se adjuntará en la valoración de enfermería, y la reunión motivadora al personal.
? De Enero a Mayo 2017, se realizará la ejecución del programa educativo.
Se comprobará el adecuado registro de los protocolos en caso de caída, y en su defecto se reforzará, al personal para su cumplimentación. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Junio a Julio 2017, analizar los protocolos cumplimentados y, compararlos con los protocolos registrados, durante el mismo periodo del año anterior en cada servicio. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Agosto – Septiembre 2017, puesta en común de los resultados de cada servicio.

9. OBSERVACIONES.
Al ser personal sanitario que trabaja en diferentes servicios hospitalarios, se podrán realizar las actividades en cada unidad pudiendo obtener información de las diferentes unidades, donde se encuentran pacientes con distintas causas y motivo de ingreso.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Signos y síntomas de diversa índole, relacionada con el estado basal del paciente y el motivo de ingreso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

2. RESPONSABLE ..... ALEX GUTIERREZ DALMAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· ALADREN REGIDOR MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El trasplanmte renal de donante vivo (TRDV) es la mejor modalidad de tratamiento renal sustitutivo en términos de supervivencia del paciente y calidad de vida del mismo. Es a la vez, por ello mismo, la modalidad de mayor eficiencia y menor morbilidad. Nuestro programa de TRDV es único para toda la Comunidad Autónoma

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener/incrementar el porcentaje de pacientes que recibe un TRDV

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mantener la estructura que ya es altamente eficiente
Potenciar el tratamiento con recambio plasmático (ampliación cartera de servicios) de las formas humorales de rechazo
Utilizar el recambio plasmático para posible desensibilización de receptores y para facilitar el TXRDV con grupo ABO incompatible

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El 10% de los pacientes que se trasplantan lo hrá de donate vivo (TRDV)

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Nº pacientes TRDV}}{\text{Nº total de pacientes trasplantados}} \times 100$$

Indicador = ó > 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mantenimiento permanente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOU ARNAL LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· CAMPOS GUTIERREZ BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Programa de diálisis domiciliaria activo con 28 -30 pacientes en diálisis peritoneal y 2 en hemodiálisis domiciliaria. Las técnicas domiciliarías de diálisis (diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria) son las idóneas en términos de implicación del paciente en autocuidado, responsabilidad en la bondad del tratamiento y son altamente coste eficientes.

Su implantación supone un modelo de decisión compartida entre los profesionales y el paciente y su familia que se lleva a cabo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) siendo un excelente indicador de la bondad de la gestión de la enfermedad renal avanzada y de su tratamiento sustitutivo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener / incrementar la diálisis domiciliaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Incrementar con un FEA la dedicación a estas técnicas
Dar formación al resto de plantilla y MIR de la especialidad
Mantener el Curso anual de Diálisis Peritoneal para personal de enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
(Nº de pacientes incidentes en técnicas domiciliarias de tratamiento renal sustitutivo / Nº total de pacientes que inician tratmiento renal sustitutivo) x 100

Estandar: 15%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mantenimiento durante todo el año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1768 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· ABENIA USON PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.
La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciendola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.
Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.
Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.
En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:
- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.
Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.
Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recién nacidos que requieren seguimiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... PILAR ABENIA USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALVE PRADEL ZENAIDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· MARTINEZ MORAL MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La duración de la estancia del binomio madre – recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).
Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condicinones para facilitar un alta precoz neonatal.
Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).
Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
2017: Elaboración de documentos.
2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Hisotrias clínicas):
- Indicador 1: Nº de historias en las que consta el Check list de alta prcoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 2: Nº de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.
- Indicador 3: Nº de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 4: Nº de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 – 48 horas del alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)
- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.
- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).
- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.
- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recién nacido sano
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0221 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

2. RESPONSABLE ..... ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· GOMARA DE LA CAL SARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LEON SUBIAS ERICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· SORIANO ANGULO MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se estima que el grado de adherencia terapéutica a los inhaladores prescritos para asma no supera el 50%. Existen diversos factores relacionados, como la complejidad de los dispositivos, tipo de fármaco inhalado y algunos aspectos tanto socioculturales como psicológicos.
Disponer de herramientas de medida de adherencia a los tratamientos pueden ayudar en la práctica clínica.
El cuestionario TAI,test de adherencia a inhaladores, permite identificar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes, cuantifica la adherencia (buena, intermedia, mala) e informa del patrón del incumplimiento (errático, voluntario o involuntario)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer el grado de control de Asma de pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con asma moderado-severo por medio del Cuestionario TAI, desarrollado y validado tras investigaciones clínicas en Asma Bronquial.
- Implementar un programa de educación sanitaria a los pacientes controlados en la Consulta.
- Mejorar el grado de adherencia, objetivado por el cuestionario TAI, la sintomatología y la calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control. Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal. Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 2,4 y 6 meses.
- Cuantificar los cambios producidos por medio de creación de Hojas de Cálculo y de Análisis Estadísticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Razón entre pacientes a los que se aplica Test ACT y el total de pacientes estudiados en la Consulta.
- Razón entre pacientes integrados en un programa de educación sanitaria/ pacientes estudiados en Consultas.
- Razón entre la aplicación del cuestionario TAI en consulta basal y sucesivas/ total de consultas.
- Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre de 2016: Creación de la Hoja de Cálculo Excel para recogida de datos.
- Octubre de 2016- Junio de 2017, aplicación del Proyecto.
- Junio de 2017: Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.
BIBLIOGRAFÍA
1.Bozek A, and Jarzab J: Adherence to asthma therapy in elderly patients. J Asthma. 2010;47:162–165.
2.Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, and Foster JM: Adherence: The goal to control asthma. Clin ChestMed. 2012;33:405–417.
3. Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, and Brand PL: It's the adherence, stupid (that determines asthma control in preschool children)! Eur Respir J. 2014;43:783–791.
4. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Home R, Leventhal H, Musumeci-Szabo´ TJ, and Halm EA: Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The Medication Adherence Report Scale for Asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2009;103:325–331.
5. Rand CS: Adherence to asthma therapy in the preschool child. Allergy. 2002;57:48–57.
6. Rand CS, and Wise RA: Measuring adherence to asthma medication regimens. Am J Respir Crit Care Med 1994;149: S69–S78.
7. Dalkey NC: The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1969.
8. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014: Available from: http://www.ginasthma.org/. Last access: 10/3/14.

Proyecto: 2016_0221 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0262 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MARTIN CARPI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE PABLO CILLERO FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MARIN TRIGO JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las alteraciones ventilatorias de las patologías respiratorias se agravan durante el periodo de sueño con la subsiguiente disfunción de los músculos respiratorios, acidosis respiratoria e hipercapnia que no responden al tratamiento con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD). Además, presentan frecuentes episodios de exacerbación y descompensación que requieren Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI). En estos casos, se considera el empleo de VMNI domiciliaria (VMNID).
Además, frecuentemente, en pacientes con EPOC, coexiste el Síndrome de apnea del sueño (SAHS) denominándose Síndrome de Overlap, con desaturaciones de oxígeno desproporcionadas y prolongadas e hipercapnia. La Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea en sus guías recomiendan la realización de un estudio de sueño en estos casos.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Durante el año 2015 se realizaron 12 Poligrafías Respiratorias Vigiladas (PCRV) a pacientes que requirieron ingreso hospitalario por Acidosis respiratoria con tratamiento en la Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva. La enfermedad de base que, al descompensarse, provocó esta situación aguda fue, en el 75% de los casos, un Síndrome de Obesidad Hipoventilación (SOH) no diagnosticado previamente. Concurrieron otras patologías, tales como Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), EPOC y/o Insuficiencia Cardiaca. Tras el ingreso, todos los pacientes recibieron tratamiento domiciliario con BIPAP (presiones que corrigieron la patología aguda) y O2. A los 28 días de media se realizó PCR vigilada y titulación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5.1. Mantener y consolidar las actividades desarrolladas durante el año 2015. El incremento de la práctica asistencial de estos pacientes prevé el aumento de nuevos estudios.
5.2. Establecer un circuito asistencial tras el ingreso en Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva y prescripción de la misma en domicilio.
5.3. Priorización en la citación de estos pacientes con la realización de Poligrafía Respiratoria Vigilada, diagnóstica y de titulación, en situación estable por parte de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS).
5.4. Diagnóstico de enfermedad respiratoria subyacente agravada durante el sueño.
5.5. Titulación de presión inspiratoria y espiratoria para mejorar la ventilación alveolar, ajuste de las mismas.
5.6. Emisión de informe diagnóstico.
5.7. Prescripción de terapia adecuada.
5.8. Seguimiento y controles clínicos en Consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una vez estabilizados de su patología aguda que ha requerido ingreso hospitalario (primero o sucesivos) con VMNI por acidosis respiratoria e insuficiencia respiratoria hipercápnica, los pacientes son tributarios de comenzar VMNID nocturna, con los parámetros de presión con los que se alcanzó la estabilidad. El seguimiento de este tipo de pacientes se realiza con un estudio nocturno vigilado, PCRV, en la que se detectan eventos respiratorios y problemas de adaptación. Además, se titulan las presiones necesarias de BIPAP, se comprueba el efecto de las pautadas tras el ingreso o se modifican para mejorar el intercambio gaseoso. Tras ello, en consultas monográficas de Neumología, se controlará al paciente de una manera más estrecha al comienzo del tratamiento para ir distanciando cada vez más las visitas una vez estén adaptados. La evaluación de la eficacia se hará en función de criterios clínico-gasométricos y la lectura de las curvas de flujo y presión almacenadas en la tarjeta de memoria del dispositivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1 Priorización y realización de PCRV dentro de los tres primeros meses del alta hospitalaria. Cálculo de la razón entre las PCRV precoces y las realizadas del total de solicitudes en estas circunstancias.
7.2. Comprobación de resolución de la patología con las presiones pautadas, modificación y titulación de nuevas presiones hasta corrección de la patología.
7.3. Emisión de informe diagnóstico.
7.4. Prescripción de VMNI según parámetros indicados.
7.5. Citación y seguimiento en Consultas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0262 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Octubre 2016-Septiembre 2017.
Septiembre 2017: Evaluación de los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.
. BIBLIOGRAFÍA
1. Tratamientos domiciliarios de la EPOC: oxigenoterapia, soporte ventilatorio domiciliario, nebulización de fármacos. José Luis López-Campos en Manual de Atención domiciliaria en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Ed. SEPAR, 2011; 41-55.

2. Otras indicaciones de los equipos de presión positiva. Teresa Gómez García, Nicolás González Mangado, María Fernanda Troncoso Acevedo en Manual SEPAR de procedimientos: CPAP y otros sistemas de tratamiento en el SAHS. Volumen II. Ed. SEPAR, 2014: 177-96.

3. Chandra D, Stamm JA, Taylor B, Ramos RM, Satterwhite L, Krishnan JA. Outcomes of noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the United States 1998-2008. Am J Respir Crit Care Med 2012; 185:152–9.

4. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients withCOPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004; 23:932-46.195
5. Sanders MH, Newman AB, Haggerty CL, Redline S, Lebowitz M, Samet J. Sleep and sleep-disordered breathing in adults with predominantly mild obstructiveairway disease. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167:7-14.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

2. RESPONSABLE ..... SARA GOMARA DE LA CAL
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENEDICTO PUYUELO LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· AGUILAR PAESA CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GARCIA FAU MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La broncoscopia, flexible y rígida, junto con las técnicas de diagnóstico de enfermedades pleurales, son procedimientos invasivos que requieren de la colaboración por parte del paciente así como de su consentimiento expreso. La sospecha de una patología subyacente junto a los posibles riesgos derivados de la prueba generan incertidumbre y ansiedad.
Las explicaciones y atenciones por parte del personal implicado en el proceso diagnóstico mejoran la calidad percibida por los pacientes. Queremos conocer ésta por medio de un cuestionario y si la entrega de información escrita puede aumentar la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Entrega de tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar.
2. Evaluación y mejora de la calidad percibida por los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos en la Unidad de Endoscopia y Neumología intervencionista.
3. Conocimiento de los aspectos de cada procedimiento que generan más incertidumbre. Detección de posibilidades de mejora.
4. Evaluación de las modificaciones obtenidas en la calidad percibida tras una información previa exhaustiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Evaluación de la calidad percibida por el paciente, cuestionario validado, SERVQHOS
2. Entrega de tríptico informativo.
3. Resolución de dudas y recomendaciones.
4. Detección de posibilidades de mejora
5.-Evaluación de la calidad percibida por el paciente tras la entrega de información previa al procedimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Cumplimentación de encuesta de calidad previa a lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
2. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario
3. Entrega de tríptico informativo/total de pacientes sometidos a procedimientos >80%
4. Cumplimentación de encuesta de calidad tras lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
5. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario.
6. Análisis comparativo de los resultados antes y tras la entrega de cuestionario.
7. Detección de oportunidades de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Realización de encuestas: Octubre y Noviembre de 2016.
2. Análisis de resultados: Diciembre de 2016.
3. Entrega de tríptico informativo: Enero y Febrero de 2017.
4. Realización de encuestas: Enero y Febrero de 2017.
5. Análisis de resultados: Marzo de 2017.
6. Análisis comparativo entre encuestas: Marzo y Abril de 2017.
7. Detección de aspectos mejorados y mejorables.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Proyecto: 2016_0333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA SOLSONA ELISABET. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MINCHOLE LAPUENTE ELISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LAHOZ BERNAL MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
4.1. El mayor conocimiento de las patologías asociadas al periodo de sueño y las evidencias científicas de su trascendencia para la salud, han creado una demanda de estudios ascendente en los últimos años.
Específicamente, el Síndrome de Apnea- Hipopnea del Sueño (SAHS) afecta al 20% de la población adulta. Por otra parte, la coexistencia del mismo con otras enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neuromusculares y sistémicas altera la historia natural de las mismas y su estrategia terapéutica. Por lo tanto, el AUMENTO DE SOLICITUDES para su estudio surge de las Consultas de Neumología pero también, cada vez más, de otras Especialidades y, por tanto, la DEMANDA y LISTAS DE ESPERA CONCOMITANTES.
La Empresa Adjudicataria de las Terapias Respiratorias por medio de Concurso Público, GASMEDI, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, se comprometió a colaborar en la reducción de listas de espera y priorización de solicitudes a través de la cesión de Polígrafos Respiratorios (Alice PDx, Philips Respironics) y dotación de una beca Asistencial y de Investigación.
4.2. Se concedió una beca por la empresa GASMEDI para la realización de un total de 320 poligrafías domiciliarias nocturnas.
4.2. Conocer las características demográficas, índice de severidad y otros parámetros que se obtienen a través de esta prueba.
4.3. Seguimiento de estos pacientes tras la prueba inicial (PCRD) y de aquellos que se les pauta tratamiento conocer su cumplimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5.1 Complementar la cartera de servicios de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria Nocturna (PCRD), por medio de concesión de Beca Asistencial y de Investigación patrocinada por la Empresa suministradora de Terapias Respiratorias a través de la Fundación Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Para ello, se contrata, en calidad de becados, a médicos Neumólogos, que realizan el número de PCRD determinados en el momento de la concesión de la beca.
5.2. Aplicación de nuevo dispositivo de PCRD e instalación de software para la descarga de resultados y emisión de informe.
5.3. Priorización de pacientes en lista de espera para la realización de PCRD, atendiendo a características clínicas y socio-laborales.
5.4. Disminución de lista de espera para esta pruebas.
5.5. Con el objetivo de completar el proceso diagnóstico-terapéutico de las pruebas patológicas un dispositivo adicional de Presión Continua en la Vía Aérea (CPAP) es cedida por la Empresa de Terapias.
5.6. Evaluación de resultados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1. Cesión por parte de la Empresa de Terapias Respiratorias. Calibración y puesta en marcha del nuevo Polígrafo, instalación del software en los ordenadores de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.
6.2. Gestión por parte de la Fundación Hospital Miguel Servet de la cuenta creada para esta actividad. Cumplimentación de todos los requisitos fiscales y legales para la contratación de médicos neumólogos.
6.3. Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera. Citación en la nueva agenda creada.
6.4. Atención a los pacientes siguiendo las directrices de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Historia clínica, enseñanza de manejo del dispositivo nocturno, descarga de datos al día siguiente y emisión de informes.
6.5. Evaluación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1. Pacientes integrados en el proyecto /total de pacientes pactado al comienzo del estudio >90%
7.2. Registro de datos completo, válidos para emisión de informes >80%
7.3. Grado de severidad de la patología.
7.4. Procesos diagnósticos que se complementan con titulación.
7.5. Procesos diagnósticos que requieren repetición.
7.6. Indicaciones de tratamiento atendiendo a resultados de las pruebas.
7.7. Reducción de lista de espera.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuación de la actividad ya comenzada.
Recogida de datos para valoración de actividad asistencial e investigadora a partir de Octubre de 2016.

Proyecto: 2016_0333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Finalización una vez realizados los estudios contratados.
Evaluación y emisión de resultados en Octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA AHORA:
Hasta el momento, se han realizado un total de 54 pruebas de las cuales hemos obtenido los siguientes resultados:
- Edad media de los pacientes: 52.9 años.
- Clasificación de severidad según índice de apnea-hipopnea (IAH):
o Compatible con la normalidad: 11 pacientes.
o Leve: 13 pacientes.
o Moderada: 11 pacientes.
o Severo: 19 pacientes.
- Derivación de pacientes tras el resultado de la PCRD:
o Derivación a su MAP: 15 pacientes.
o Repetición de la prueba/reevaluación: 10 pacientes.
o Titulación con autoCPAP (ACPAP): 15 pacientes.
o Estudio vigilado en el hospital: 10 pacientes.
o Decisión por su neumólogo de inicio de terapia según la clínica del paciente: 2 pacientes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0347 ()

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº INTRAVENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

2. RESPONSABLE ..... JUSTA FONDEVILA MONGE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LORENTE GENZOR MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· HERRERO LABARGA MARIA INES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· PRADO MONGE CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· NUEZ SEBASTIAN ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación infecciosa respiratoria y precisan tratamiento intravenoso se viene realizando desde hace años en el Servicio de Neumología de forma domiciliaria en casos seleccionados.
Con este proyecto se pretende unificar criterios en el procedimiento de enfermería del tratamiento domiciliario así como detectar y prevenir posibles complicaciones.La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación y necesitan un tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) se realiza desde hace años en el Servicio de Neumología. Con ocasión de la creación de Hospital de Día, perteneciente a dicho Servicio, confeccionamos el presente Proyecto de Mejora de Calidad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5.1. Creación de un circuito asistencial dinámico y comprensible.
5.2. Elaboración de un Procedimiento Común de Enfermería para la administración de este tipo de tratamiento: canalización y manejo especial de la vía periférica. Conexión al sistema de dispensación del antibiótico, preparado con este fin por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
5.3. Adiestramiento y educación del paciente en los cuidados de la vía y la administración de sucesivas dosis en su domicilio. Disminución de la ansiedad en pacientes y familiares.
5.4. Solventar las posibles complicaciones y necesidades de cambio de vía que surjan durante el periodo de tratamiento.
5.5. Evaluación de resultados, complicaciones y propuesta de actividades para mejorar la calidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1. El paciente, una vez valorado en Consulta de Neumología, Unidad de Fibrosis Quística, que sufre una exacerbación infecciosa respiratoria y cumple criterios de tratamiento intravenoso domiciliario, recibe toda la información y documentación precisa. Entre ella, el Consentimiento Informado, la prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.
6.2. Elaboración de un díptico que también se entrega al paciente en el que figure: datos de identificación del paciente, alergias farmacológicas, orden de prescripción farmacológica (concordante con la prescripción habilitada para la preparación del antibiótico por parte del Servicio de Farmacia). Vía periférica utilizada para la colocación del catéter. Día de la realización. Tratamiento administrado. Dificultades en la aplicación de la primera dosis.
6.3. Adiestramiento y educación del paciente para el manejo de la vía y los fármacos en su domicilio. Entrega de la medicación y material necesario.
6.4. Atención al paciente que requiere nuevos cuidados de la vía o su sustitución de la misma durante el periodo de tratamiento.
6.5. Registro de las complicaciones ocurridas durante la administración del tratamiento en relación con la perfusión y efectos secundarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1. Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados.
7.2. Adiestramiento del paciente/episodios con tratamiento intravenoso (TAIVD).
7.3. Atención al paciente que requiera de forma no programada cuidados o cambio de vía en menos de 24h/atención no programada.
7.4. Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación del Procedimiento de Actuación de Enfermería en Noviembre de 2016.
Elaboración del Díptico informativo y con datos a rellenar por el personal: Diciembre 2016.
Recogida de Datos: Enero 2017- Junio 2017.
Evaluación de Datos: Junio de 2017.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0347 ()

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº INTRAVENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiótico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475.
2. Arias S. Inserción de catéteres venosos periféricos. En: Parra ML, Arias S, Esteban A, editores. Procedimientos y técnicas del paciente crítico.1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p 303-8.
3. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. Rev ROL Enf 2004; 27: 423-30.
4. Centres for Disease Control and Prevention. APIC guidelines for infection practice. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23: 251-69.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0398 ()

1. TÍTULO

INSTAURACION DE BIOPSIA PLEURAL CERRADA CON TRUCUT BAJO CONTROL ECOGRAFICO EN EL DERRAME PLEURAL A ESTUDIO

2. RESPONSABLE ..... ERICA LEON SUBIAS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POLANCO ALONSO DINORA. MÉDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· BENEDICTO PUYUELO LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los pacientes con derrame pleural (DP), el estudio del líquido pleural mediante toracocentesis se debe realizar siempre, excepto en los casos en los que la sospecha de DP secundario a determinados procesos subyacentes (p. ej., insuficiencia cardíaca) sea clara[1]. Si con el análisis del líquido no es posible establecer un diagnóstico, se deben obtener muestras histológicas pleurales, mediante biopsia pleural transparietal o toracoscopia[2].
Existe controversia acerca de qué técnica es más beneficiosa y costo-efectiva. La toracoscopia tiene una rentabilidad diagnóstica del 91–95% para malignidad y de casi el 100% en el caso de la tuberculosis pleural[3]. Sin embargo, el acceso a esta técnica está limitado y supone un gran consumo de recursos. La biopsia pleural cerrada (BPC) nos ofrece una rentabilidad del 80% en el caso de la tuberculosis y de < 60% para malignidad[3]. No obstante, recientes estudios sugieren que la rentabilidad aumenta hasta el 88% y 83% respectivamente si se realiza la biopsia guiada por imagen (TC o Ecografía)[3], además de reducirse las complicaciones.
Existen diferentes modelos de aguja para la realización de la BPC. La más utilizada es la aguja Tru-cut. Es un instrumento delgado que consta en su parte distal de una muesca cortante que permitirá obtener una muestra de tejido pleural. Una de las características de esta aguja frente a otro tipo es su menor calibre, por lo que el riesgo de complicaciones podría ser menor. La BPC con aguja Tru-cut es segura y ha demostrado una rentabilidad diagnóstica aceptable, sobre todo cuando se combina con la citología como primer procedimiento simultáneo en el estudio del DP de diferentes etiologías.4
En nuestro servicio se ha comenzado a realizar biopsia pleural cerrada guiada por ecografía torácica mediante aguja tru-cut automática modelo Acecut®. Es una técnica que, al ser poco cruenta y muy segura, se puede llevar a cabo de forma ambulatoria si las condiciones del paciente lo permiten. Es decir, no es necesario ingreso previo y tampoco uso de entorno quirúrgico ya que se puede llevar a cabo en las salas asignadas para la técnica endoscópica respiratoria. Debido a la elevada incidencia de DP a estudio en nuestro medio y a la existencia de recursos humanos limitados, la realización de toracoscopia a todos estos pacientes supondría una demora de varias semanas antes de llegar al diagnóstico final.
Por ello proponemos como línea de mejora la realización de BPC guiada por ecografía torácica mediante trucut a aquellos pacientes con DP a estudio sugestivo de malignidad o tuberculosis en primer lugar para evitar el retraso en el diagnóstico, dejando la toracoscopia quirúrgica para aquellos casos en los que esta técnica no se pueda llevar a cabo (p.ej paciente poco colaborador, alteraciones anatómicas que dificulten la técnica…etc) o bien para los casos en los que la BPC no sea diagnóstica.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
Se han realizado hasta el momento 7 BPC guiadas por ecografía en nuestro servicio, no produciéndose complicaciones en ninguna de ellas.
Solo en uno de los casos fue necesario realizar toracoscopia posterior, ya que no se había llegado a un diagnóstico con la BPC. Sin embargo, el resultado anatomopatológico de las muestras obtenidas por toracoscopia resultó idéntico al de la BPC. Por ello, hasta ahora dicha prueba ha demostrado una efectividad del 100% y los resultados son superponibles a los de la toracoscopia, con menor coste, menor estancia y mayor seguridad para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evitar el retraso diagnóstico de derrame pleural maligno o tuberculoso.
- Ofrecer una técnica poco cruenta y segura para el paciente.
- Ahorro económico al evitar ingreso y gastos generados por el acto quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Selección de pacientes candidatos a BPC. Criterios de inclusión y exclusión.
- Realización de ecografía torácica sistemática previa a la técnica.
- Toracocentesis diagnóstica seguida de BPC con tru-cut.
- Seguimiento del paciente y comparación de resultados con toracoscopia.
- Creación de base de datos clínicos, analíticos y diagnósticos para un cálculo posterior.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Registro de peticiones de toracocentesis para estudio de DP.
- Selección de pacientes a los que realizar BPC según criterios.
- Comparación de variables con pacientes a los que se les realiza toracoscopia para estudio de DP (estancia media, gasto generado, complicaciones…).

Proyecto: 2016_0398 ()

1. TÍTULO

INSTAURACION DE BIOPSIA PLEURAL CERRADA CON TRUCUT BAJO CONTROL ECOGRAFICO EN EL DERRAME PLEURAL A ESTUDIO

- Eficacia diagnóstica de la BPC.
- Detección de posibilidades de mejora según los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 01/01/2016
Fecha final: 01/05/2017

9. OBSERVACIONES.
Bibliografía:
1.Villena Garrido V., Ferrer Sancho J., Hernández Blasco L., De Pablo Gafas A., Pérez Rodríguez E., Rodríguez Panadero F. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol, 42 (2006), pp. 349-372
2. Villena Garrido V., Cases Viedma E., Fernández Villar A. et al. Recommendations of diagnosis and treatment of pleural effusion. Update. Arch Bronconeumol. 2014 Jun;50(6):235-49.
3. Koegelenberg CF, Diacon AH. Pleural controversy: close needle pleural biopsy or thoracoscopy-which first? Respirology. 2011 Jul;16(5):738-46.
4. Botana Rial M., Briones Gómez A., Ferrando Gabardab J.R. et al. Biopsia pleural con aguja Tru-cut y citología como primer procedimiento en el estudio del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2014;50(8):313–317

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0501 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

2. RESPONSABLE ..... MARIA INES HERRERO LABARGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑADO MAÑES CLARA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· VICENTE ITURBE CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LORENTE GENZOR MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Fibrosis Quística es la enfermedad genética letal mas frecuencia en nuestro medio, con una incidencia en nuestro país de uno de cada 4500/5000 nacidos vivos siendo la supervivencia actual de unos 41 años.
Es una enfermedad multisistémica grave por alteración funcional de una proteína,CFTR, que actúa como canal de cloro. Se trasmite por herencia autosómica recesiva.
Afecta a las glándulas exocrinas dando lugar a un alteración de las características del moco Y provocando la aparición de bronquiectasias frecuentemente infectadas de forma crónica por patógenos agresivos, como la Pseudomona aeruginosa que deterioran de forma progresiva la función pulmonar.
El tratamiento Intravenoso domiciliario TAIVD es utilizado de forma habitual en las 2 últimas décadas a nivel internacional en el tratamiento de las exacerbaciones infecciosas respiratorias (especialmente por Pseudomona aeruginosa) en las Unidades de pacientes con Fibrosis Quística.
Su eficacia ha sido demostrada como similar a la del tratamiento en el ámbito hospitalario así como su seguridad en los pacientes seleccionados (una vez excluidos de exacerbación grave, insuficiencia respiratoria, cuadro séptico, hemoptisis moderada-grave, problemática psicosocial y mala cumplimentación terapéutica habitual.)
El TAIVD ahorra costes evitando ingresos hospitalarios y mejorando la utilización de recursos.

Desde enero del 2000 a diciembre del 2015se han realizado en nuestra unidad de Fibrosis Quística 165 ciclos de TAIVD en 34 pacientes adultos que presentaban exacerbación infecciosa respiratoria por Pseudomona aeruginosa. Dichos tratamientos han sido eficaces (eficacia similar a los realizados en el ámbito hospitalario), seguros sin ningún efecto adverso grave. Han supuesto un importante ahorro de costes evitando días de hospitalización junto con una mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5.1. Creación e implementación de un Protocolo de Actuación para el tratamiento intravenoso domiciliario en Fibrosis Quística.
5.2 Creación e implementación de un documento de Consentimiento Informado para ser firmado por el paciente al que se va a aplicar dicha terapia.
5.3. Aprobación por parte de la Unidad de Calidad Asistencial y la Dirección del Hospital
5.4. Registro de las características de las exacerbaciones tributarias de este tratamiento, evolución y posibles complicaciones.
5.5. Mejora del grado de satisfacción y seguridad clínica de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1. Firma del Consentimiento Informado por parte del paciente o representante legal.
6.2. Aplicación del protocolo médico (según recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas).
6.3. Preparación, por parte del Servicio de Farmacología, de los antibióticos para uso intravenoso domiciliario.
6.4. Aplicación, por parte del personal de Enfermería del Servicio de Neumología, de la terapia en Hospital de Día.
6.5. Creación de base de datos y su evaluación posterior: sociodemográficos, clínicos, microbiológicos, tratamiento administrado, complicaciones y evolución.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1. Episodio de exacerbación con firma del Consentimiento Informado/total de exacerbaciones
7.2 Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, comienzan el tratamiento en Hospital de Día de Neumología/total de exacerbaciones.
7.3. Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, finalizan correctamente el tratamiento/total de tratamientos domiciliarios i.v.
7.4. Complicaciones durante el periodo de tratamiento (médicas y/o vía periférica)/ total de . intravenoso/total de tratamientos domiciliarios i.v .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación de Consentimiento Informado y Protocolo a la Unidad de Calidad Asistencial en Octubre-Noviembre de 2016.
El tratamiento domiciliario se realiza actualmente, con alto grado de satisfacción, en Hospital de Día de Neumología. No obstante, la recogida de datos comenzará en Noviembre de 2016.
Evaluación de datos en Octubre de 2017.

Proyecto: 2016_0501 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

9. OBSERVACIONES.

BIBLIOGRAFÍA
1 Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiotico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475
2. R.Giron (S.Neumologia. Hospital de la Princesa Madrid). Eficiencia del Tratamiento intravenoso domiciliario en FQ .Med.Clin .2006,127(15)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO "STOP BANG" DE SCREENING DE APNEA DEL SUEÑO

2. RESPONSABLE ..... DINORA POLANCO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CARPI MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· AGUILAR PAESA CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· CARRIZO SIERRA SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MARTINEZ PINILLA ELVIRA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. NEUMOLOGIA
· SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· AZNAR MANCEBO NATIVIDAD. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una entidad muy frecuente, con una prevalencia que oscila entre el 2-26% en la población general adulta . Los signos, síntomas y consecuencias que se producen en la apnea obstructiva del sueño son el resultado de las alteraciones que se producen por el colapso repetitivo de la vía aérea superior durante el sueño. Clínicamente la AOS se caracteriza por excesiva somnolencia diurna, roncopatía, apneas visualizadas, despertares nocturnos con sensación de ahogo, acompañados de al menos 5 episodios respiratorios obstructivos por hora durante el sueño. La presencia de más de 15 episodios obstructivos por hora, aún en ausencia de clínica sugestiva, se considera diagnostico de AOS . Además, debido a diferentes mecanismos intermedios la AOS se ha relacionado con hipertensión arterial secundaria, que puede producir afectación de órganos diana, por lo que estos pacientes tendrán un mayor riesgo cardiovascular . A pesar de todo ello, el grado de infradiagnóstico de esta patología es elevado, lo cual es un problema sanitario importante. Uno de los ámbitos en los que este infradiagnóstico es decisivo es en la evaluación preanestésica de pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada, ya que se observó que los pacientes con AOS presentaban más complicaciones postoperatorias, sobre todo cardiorrespiratorias, y precisaban un manejo más complejo de vía aérea y sedación; por ello es conveniente identificarlos de forma rápida preoperatoriamente, para preveer estos eventos. En este contexto surgen herramientas de screening de AOS, como el cuestionario STOP- Bang, un cuestionario de screening de AOS empleado inicialmente en el ámbito preoperatorio en consultas anestésicas, pero que posteriormente ha sido validado en otras poblaciones, como pacientes remitidos a unidades de sueño. Consiste en un cuestionarios de 8 preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), que engloba aspectos tanto clínicos como antropométricos, edad y género. Las puntuaciones van de 0 a 8: se ha observado que 3 puntos es un buen punto de corte, con una elevada sensibilidad para detectar AOS, por lo que se trata de una buena herramienta de screening. Así, pacientes con puntuaciones entre 0- 2 puntos, tienen pocas probabilidades de tener AOS; asimismo, pacientes con entre 5-8 puntos se ha observado que tienen una elevada especificidad para detectar AOS moderado-severo. Actualmente en nuestro centro, la prueba diagnóstica de elección para la confirmación de una sospecha de AOS es la polígrafía cardiorrespiratoria. Debido a la elevada demanda de esta exploración, es habitual una demora de varios meses antes de llegar al diagnóstico final o a la exclusión del mismo. Por ello proponemos como línea de mejora la aplicación del cuestionario STOP-Bang en nuestra población de pacientes remitidos a la unidad de sueño, previo a la realización del estudio de sueño, como herramienta para priorización de los estudios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Priorización y ordenación de los pacientes en lista de espera para estudios de sueño.
Diagnóstico precoz de aquellos con más probabilidades de AOS moderada-severa.
Inicio precoz de tratamiento en pacientes con AOS moderada-severa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Incorporación del cuestionario STOP- Bang en el formulario de petición de estudios de sueño, a cumplimentar por el médico peticionario de la prueba.
A la recepción de las peticiones se asignaran 3 tipos de prioridades según la puntuación obtenida:
- Entre 5-8 puntos: prioridad alta.
- Entre 3-4 puntos: prioridad intermedia.
- Entre 0-2 puntos: prioridad baja.

Se deberán cumplir unos "plazos aconsejados" para la realización de los estudios según dichas prioridades:
- Prioridad alta: en 6 meses.
- Prioridad intermedia: en 9 meses.
- Prioridad baja: en 12 meses.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro del resultado de la polígrafía cardiorrespiratoria y correlación con la puntuación en el cuestionario STOP-Bang y el grado de priorización asignado.
Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de sueño respecto a antes del protocolo de priorización:
- En pacientes con AOS severa y con AOS moderada sintomática.

Registro de las peticiones de estudios de sueño recibidas y su categorización según la priorización con el cuestionario STOP- Bang.
Correlación entre las categorías de priorización según el cuestionario y el resultado final de la polígrafía

Proyecto: 2016_0618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO "STOP BANG" DE SCREENING DE APNEA DEL SUEÑO

cardiorrespiratoria.
Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de poligrafía cardiorrespiratoria respecto a la práctica habitual previa al presente protocolo:
- En pacientes con AOS severo y AOS moderada sintomática.
Detección de posibilidades de mejora según los resultados obtenidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha final: 01/03/2017
Cronograma:
Creación de base de datos para registro: 01/10/2016
Recogida de datos: 01/10/2016- 01/03/2017
Evaluación final: 2017

9. OBSERVACIONES.
Bibliografía
1. F. Chung, R. Subramanyam, P. Liao, E. Sasaki, C. Shapiro and Y. Sun, " High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea", British Journal of Anaesthesia 108 (5): 768- 75 (2012).
2, 2009. 3. W.T. McNicholas, M.R. Bonsignore, "European Respiratory Society monograph: Sleep Apnea",Clinical handbooks for the Respiratory proffesional, No. 50, 2010.
3. T.S. Vasu et al, "Obstructive sleep apnea syndrome and postoperative complications", Arch Otolaryngol Head Neck Surg/Vol. 136 (No.10), Oct 2010.
4. F. Chung, H. Abdullah, P. Liao, " STOP-Bang Questionnaire, A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea", CHEST 2016; 149(3):631-638.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0961 ()

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON EXACERBACIONES FRECUENTES DE EPOC QUE REQUIEREN INGRESOS HOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO CARRIZO SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE PABLO CILLERO FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GALLEGO CARRION BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MARIN TRIGO JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La EPOC es una enfermedad crónica, caracterizada por presentar un curso clínico habitualmente progresivo e insidioso en el que a menudo se producen exacerbaciones (EXEPOC). En la estrategia del SNS se hace hincapié en el desarrollo de programas específicos para la atención de pacientes con frecuentes EXEPOC, los denominados “Exacerbadores frecuentes”, como constitutivos de un grupo de alto riesgo. Se estima que el coste directo de la EPOC en España supera los 1000 millones de euros al año, de los cuales aproximadamente el 60-70% están relacionados con las exacerbaciones, especialmente aquellas que conllevan hospitalización.
Un seguimiento adecuado durante las 8 semanas post alta hospitalaria, ayudaría a mejorar la continuidad asistencial, permitiría detectar precozmente estos eventos, modificar el tratamiento y potenciar el autocuidado del paciente, evitando recurrencias y nuevas hospitalizaciones En el HMS se produjeron en el servicio de neumología 392 altas hospitalarias con el diagnóstico de ExEPOC en el período comprendido entre el 1-10-2014 al 31 2015. De ellos se produjeron en este mismo período 170 reingresos por la misma causa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con EXEPOC, reducir la variabilidad asistencial deseada, y en última instancia reducir las consecuencias adversas que producen estos eventos, atendiendo siempre a criterios de eficiencia que permitan optimizar los recursos. Para ello existen unas características esenciales que deberá de reunir.
1. Centrado en el paciente 2. Garantizar la continuidad asistencial 3. Contemplar siempre un círculo de mejora permanente.
En nuestro caso sería fundamental disminuir los reingreso de estos pacientes. Mejoría de la calidad de vida. Diagnosticar y tratar en su caso las frecuentes comorbilidades que presentan. Disminuir la utilización de recursos sanitarios, evitando en la medida de lo posible la hospitalización. En suma disminuir la mortalidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los pacientes ingresados por exacerbación de EPOC a cargo del Servicio de Neumología de nuestro hospital con 1 ó más exacerbaciones que hayan precisado ingreso hospitalario en el año anterior a este último. Una vez se propone su alta a domicilio, se citará en consulta externa de neumología, diseñada para el seguimiento de estos pacientes, en un plazo aproximado de 7 - 15 días a partir del alta hospitalaria.
La Dra B. Gallego será la encargada de valorar el ingreso hospitalario por ExEPOC. Normalmente su trabajo diario está en urgencias del HUMS, asistiendo a los pacientes que ingresar a cargo del servicio de Neumología.
El Dr F. De Pablo, diariamente tiene a su cargo los pacientes ingresados en la planta de Neumología. Su labor además consistirá en supervisar si los pacientes ingresados con EXEPOC, cumplen los criterios para ser enviados a la consulta. El Dr S. Bello como Jefe de servicio, velará por el correcto funcionamiento de cada uno de los componentes del equipo, siendo el interlocutor con la dirección médica del hospital. El Dr J.M. Marín realizará el trabajo de seguimiento, estadística y exposición de resultados según los indicadores. El Dr S. Carrizo (responsable) llevará la consulta de EXEPOC, realizando las primeras y sucesivas consultas donde se monitorizará.
Cese del hábito tabáquico y mantenerse abstinente del mismo. Cumplimiento del tratamiento, técnica inhalatoria y eficacia del mismo. Cambios clínicos y en la exploración física. CAT/mMRC Actividades de la vida diaria. Reevaluación estadio según GOLD. Índice BODE. Cambios en la espirometría. Cambios en el intercambio gaseoso, valorando la necesidad de implantar o retirar OCD y nebulizadores en domicilio. Iniciar rehabilitación respiratoria (si no existía).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. tasa de reingreso a los 30, 90 y 365 días
2. Inclusión en programa de rehabilitación respiratoria a los 60 días del alta
3. Mortalidad a los 90 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre o diciembre del presente año. Se pretende continuar de forma indefinida con esta actividad como una nueva prestación más que forme parte de la cartera de servicios de nuestra especialidad. En una segunda fase, se plantea disponer de facultativos y enfermeras para realizar visitas especializadas a domicilio para pacientes con incapacidad física para acudir a la consulta. En una tercera fase establecer una estructura de hospitalización a domicilio para estos pacientes.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0961 ()

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON EXACERBACIONES FRECUENTES DE EPOC QUE REQUIEREN INGRESOS HOSPITALARIOS

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERO CELADA DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· MARTA MORENO MARIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ALARCIA ALEJOS RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VELA MARIN ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· COZAR BARTOS MAGDALENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GONZALEZ GARCIA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.

2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.

3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.

4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.

5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.

6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.

7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.

2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.

3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAi para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.

4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.

Proyecto: 2016_0164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.

6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.

7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAi que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.

2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).

3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.

- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.

- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.

- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

2. RESPONSABLE ..... LAURA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· RIVERO CELADA DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· MOLES HERBERA JESUS ADRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· ELENWOKE NNAMDI. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· ALBERDI VIÑAS JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La monitorización de la presión intracraneal (PIC) requiere un transductor invasivo que permita el registro de la presión media junto con la morfología de las ondas de presión intracraneales. Existe actualmente a disposición de nuestro servicio un dispositivo estándar que permite la monitorización de la PIC mientras el paciente se encuentra ingresado y conectado a un sistema de registro.
El sistema de medición telemétrica Raumedic Neurovent®-P-tel puede ser de utilidad como elemento diagnóstico y de seguimiento en pacientes con enfermedades crónicas y dependientes dentro de la patología licuoral compleja. El sistema permite el registro de la PIC de manera continuada y ambulatoria a lo largo de meses o años sin precisar de nuevas intervenciones quirúrgicas, nuevos implantes o nuevos ingresos hospitalarios cada vez que deba medirse la presión intracraneal.
Esta herramienta permitirá mejorar la calidad en nuestro servicio de salud en cuanto a la morbilidad del procedimiento, la estancia hospitalaria, los costes sanitarios, y aumenta la ganancia en calidad de vida y satisfacción del usuario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora en los cuidados del paciente. Con la telemetría será posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2. Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que llevará implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3. Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4. Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5. Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión mensual del equipo de mejora para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta para el seguimiento del dispositivo y optimizar la utilización de recursos asistenciales.
- Seguimiento trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía de los pacientes portadores del dispositivo.
- Encuesta de satisfacción al paciente en relación con el diagnóstico y seguimiento de su enfermedad (disminución de cirugías y estudios de imagen).
- La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Registro en hoja de cálculo EXCEL de los datos de estos pacientes en los que se incluirán las variables: edad, sexo, diagnóstico principal, complicaciones en relación a la implantación del sistema telemétrico, si es intervenido quirúrgicamente o no, valoración postoperatoria y seguimiento trimestral.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para consensuar la lectura de los registros procedentes de los sensores implantados y el tratamiento óptimo para estos pacientes.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para revisar los resultados obtenidos en los pacientes portadores del sistema, que hayan requerido una o múltiples intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de su patología neuroquirúrgica.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha reducido el número de estudios de imagen.
- Porcentaje de pacientes que hayan requerido un menor número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal.
- Porcentaje de informes de alta en HP doctor que incluyan estos pacientes y a derivación al alta a consulta especializada de Patología Licuoral compleja.

Proyecto: 2016_0583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Enero de 2017: Aceptación del sistema de telemetría y selección de pacientes para la indicación quirúrgica mencionada.
-Febrero de 2017: Primeros pacientes intervenidos para la implantación del sistema de telemetría.
-Diciembre de 2017: Evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos hasta la fecha.
-Enero de 2018: Presentación de resultados.

9. OBSERVACIONES.
El uso de la telemetría se ha llevado a cabo con éxito en otros centros o unidades en otras Comunidades Autónoma y en el extranjero.
Los centros españoles que por volumen y cartera de servicios son de categoría similar a la nuestra, en los que se está utilizando el sistema Raumedic Neurovent®-P-tel para la monitorización ambulatoria de la PIC son el Hospital Universitario-Politécnico La Fe de Valencia y el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.
Otros servicios Neuroquirúrgicos Internacionales en los que también se ha utilizado: Saarland University Medical Center and Saarland University Faculty of Medicine, Homburg/Saar, Alemania. Uppsala University Hospital, 751 85, Uppsala, Suecia. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemania.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0876 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

2. RESPONSABLE ..... MARIA HADDAD GARAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOLZ ZAERA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· BARA MACHIN GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SIMON COSTEY AMPARO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora contínua.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0921 ()

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HADDAD GARAY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· BARA MACHIN GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SIMON COSTEY AMPARO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· CONDE_OLIVAN GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet tiene varios modelos de hojas de solicitud de estudios neurofisiológicos, que actualmente se quedan obsoletos.
En algunos casos se producen duplicidades innecesarias de peticiones con los modelos antiguos, ya que algunos Items no están lo suficientemente claros.

Nuestro plantenamiento es:Unificar todos los modelos en uno solo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con una nueva hoja unificada que se ajusta mucho mejor a las necesidades actuales del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Con ayuda del Servicio de citaciones y de la UCA poder difundir de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas.
Se pondrá a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas,en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel . El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017.
-Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0144 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS. NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARTAL ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· TEJADA MEZA HERBERT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· RODRIGUEZ GASCON DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· RECAJ IBAÑEZ ANA ISABEL. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad cerebro vascular es una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad y la principal causa de discapacidad en el adulto. En los últimos años se ha producido un avance en los tratamientos de la fase aguda del ictus. Estos tratamientos (fibrinolisis intravenosa, fibrinolisis intrarterial y trombectomía mecánica) junto con la asistencia al paciente en unidades de ictus han demostrado mejorar mortalidad y pronóstico funcional de dichos pacientes, con tasas que superan el 60% de pacientes independientes a los 3 meses.
Estos tratamientos están muy influenciados por el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta su aplicación, por lo que las tasas de recuperación disminuyen de forma exponencial cuanto más retrasamos su inicio.
Los tratamientos actuales están aprobados solo para el tratamiento de casos en las 4,5 (fibrinolisis intravenosa) y 6 (intervencionismo) primeras horas del ictus. Con una organización óptima el 30% de los pacientes son candidatos al tratamiento, pero en nuestro medio sólo se consigue aplicar en un 10% de los pacientes, fundamentalmente por los retrasos que se producen .
Existen una serie de criterios clínicos de inclusión y exclusión que son revisados periódicamente introduciendo variaciones que requieren campañas de difusión entre los profesionales implicados en la cadena asistencial.
Desde el Plan de atención al Ictus Aragón se han identificado algunos problemas en la fase del Código ictus extrahospitalario como son la falta de reconocimiento de los síntomas, falta de conocimiento de criterios de traslado urgente y activación del código ictus, falta de conocimiento de tratamientos alternativos que también requieren traslado urgente, escaso nº de activaciones del 061 desde los pacientes y médicos de AP, problemas en el reconocimiento del ictus como una urgencia, no activación de la llamada de preaviso, desconocer como se han jerarquizado las referencias de pacientes, desconocimiento del algoritmo al llegar,desconocimiento de los tratamientos que se ofrecen y como sus resultados dependen enormemente del tiempo
Este plan de mejora nace de la necesidad de solventar estos problemas y dar difusión entre los profesionales de las nuevas terapias de revascularización de las que actualmente se disponen para proporcionar una mejora de oportunidades a los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Identificar pacientes subsidiarios de traslado urgente a centro de referencia para tratamientos de revascularización en la fase aguda del ictus. Conocer los criterios clínicos de activación de código ictus extrahospitalario y modo de actuar para optimizar tiempos. Conocer cómo proceder en el traslado urgente y actuar frente complicaciones. Conocer las distintas técnicas de revascularización (fibrinolisis intravenosa, fibrinolisis intrarterial y trombectomía mecánica) y que pacientes se podrían beneficiar de unas u otras técnicas. Conocimiento básico del manejo del paciente en Unidades de Ictus y seguimiento del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un curso dirigido a todos aquellos que participan en la asistencia extrahospitalaria al ictus. El curso constará de dos días con los siguientes contenidos y responsables de los mismos:
DIA 1 (teórico) (Dres. Marta, Recaj, Artal): ACV epidemiología en Aragón y magnitud delproblema9:00-9:30h.Código Ictus extrahospitalario. Algoritmo para la optimización de tiempos9:30-10:00 h.Código ictus intrahospitalario 10:00-10:30 h Métodos diagnósticos en la fase aguda del ictusTerapias de revascularización 10:30-11:00Criterios de activación del código ictus extrahospitalario. Identificación de pacientes candidatos 11:30-12:00h Derivación y Cuidados de traslado. 12:00-12:30h. Prevención y tratamiento de las complicaciones 12:30-13:00h. Unidades de ictus 13:00-13:30
DIA 2 (Práctico) Taller práctico de identificación de casos, ananmesis básica y tiempo de inicio. Escalas. 9:00-10:30 Criterios de calidad y optimización de tiempos en el Código Ictus. 10:30-11:00 Traslados secundarios entre hospitales, errores diagnósticos. 11:30-12:00 h Visita tutorizada por las distintas fases del proceso ictus a nivel intrahospitalario12:00-13:00 h. Visita a la Unidad de Ictus del Hospital U. Miguel Servet de Zaragoza. 13:30-14:00 h.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El primer día se realizará una prueba tipo test sobre el código ictus extrahospitalario y la asistencia al ictus en su fase aguda . Este mismo test se volverá a realizar una vez terminado el curso. Se considerará una valoración positiva del curso si responden a más del 80% de las preguntas de forma correcta en el segundo test. .Se realizará una encuesta de satisfacción sobre los ponentes e idoneidad del curso una vez concluido . Se registrará la asistencia al curso mediante firma diaria

Proyecto: 2016_0144 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS. NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los participantes serán distribuidos en dos grupos de 8 personas cada uno. El curso tendrá lugar el martes (jornada teórica) y el miércoles (jornada práctica) en dos semanas consecutivas. El primer grupo 8 y 9 de Noviembre,el segundo grupo 15 y 16 de Noviembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0340 ()

1. TÍTULO

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE DESINFECCIÓN DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN EXPOSITO SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VILLAR TURON RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· RUIZ ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VALENZUELA MENA JULIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MILLAN LOU MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En diversos estudios previos, incluyendo la primera fase de este proyecto, se ha demostrado la importancia de la desinfección de los fonendoscopios por parte del personal sanitario, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. Concretamente en la primera parte de este proyecto se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Tras esta primera fase de evaluación de la situación, se pasa a la segunda parte del proyecto, consistente en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pueda determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del personal sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El principal objetivo del proyecto es determinar si se ha producido una mejora en cuanto a las prácticas de desinfección del fonendoscopio tras la campaña de concienciación realizada.
Otros objetivos específicos son:
- Identificar la presencia de gérmenes patógenos en los fonendoscopios.
- Evaluar por medio de un cuestionario estructurado las prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El método a seguir en esta fase comprende tanto la campaña de concienciación del personal sanitario (en la cual se emplearán los resultados obtenidos en la primera fase), como la re-evaluación de la situación, con la toma de nuevos datos que se compararán con aquellos de antes de la campaña.
El procedimiento seguido a la hora de realizar una campaña divulgativa y de concienciación para cambiar prácticas de limpieza consiste en:
• Realización de un video por parte de los componentes del equipo, donde reflejábamos las prácticas inadecuadas y la importancia de seguir unos hábitos correctos. Su reducida duración facilita su visionado en las redes sociales, fomentando su difusión entre el personal sanitario del HMS y de otros centros hospitalarios
• Participación en las sesiones clínicas de los servicios con mayor implicación en el estudio (Medicina Interna, Neurología…), informando tanto al personal médico como de enfermería de los resultados obtenidos en el proyecto.
• Realización de una presentación a las supervisoras de dichas unidades, para que éstas sean las encargada de divulgar los resultados del estudio al personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:
• Contactar con los servicios implicados en el estudio: Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Cardiología, Neurología y Traumatología.
• Al personal que consienta participar en el estudio se le entregará un formulario anónimo que recoge edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usado y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.
• Se analizarán los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
• Se realizará una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos. El número de muestras, al igual que en la primera fase, se ha fijado en 87.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.
[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100.
• Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso.
[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso /

Proyecto: 2016_0340 ()

1. TÍTULO

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE DESINFECCIÓN DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Número total de sanitarios encuestados] x 100.
Se recalcularán los indicadores enumerados anteriormente, evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario.
Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase se consideraría satisfactoria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizarán nuevas tomas de muestras de fonendoscopios.
Posteriormente se elaborará un estudio estadístico, de donde se obtendrán los resultados finales del proyecto. Se prevé la finalización del estudio en febrero de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACIÓN PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· LADRON ORTEGA ASTRID. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ROMEO LAGUARTA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ALADREN SANGROS JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· RODRIGUEZ GASCON DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Neurología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua. Una de las principales causas detectadas en el análisis de las no conformidades puestas de manifiesto en la Auditoría interna y en la revisión por la Dirección es la separación existente en el desempeño profesional de médicos y enfermeros. Su origen se remonta a los diferentes inicios y desarrollos laborales y curriculares de ambas profesiones de forma que a lo largo de la historia la enfermería ha tenido un papel subsidiario dentro del conocimiento y práctica de la medicina. En la actualidad, sin embargo, también en enfermería se ha ido constituyendo una creciente base teórica que sustenta y justifica su práctica autónoma por lo que estamos en un momento propicio para mejorar la integración asistencial, docente e investigadora entre medicina y enfermería, desde posiciones conceptuales más igualitarias y respetuosas.

Nuestro planteamiento es mejorar la integración enfermería-medicina a través de 2 actividades principales que permitan la mejora de procesos clave:
- Poner en marcha un plan general de formación con actividades específicas y compartidas entre médicos y enfermeros.
- Unificar la notificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El plan de formación permitirá elegir, desarrollar, acordar e implementar cuestiones que se consideren prioritarias en los ámbitos de la práctica profesional: asistencia, docencia, investigación y calidad.
La unificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades nos permitirá abordar la mejora contínua de una forma integrada y eficaz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 - Plan de formación conjunto (responsables MJ Chopo y JR Ara)
- Formación del Grupo de trabajo (responsables MJ Chopo y JR Ara)
- Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información
- Selección de temas y ponentes, vgr:
- Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador, etc.
- Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, vídeo EEG, etc.
- Evaluación de los objetivos del Servicio
- Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo)

2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
- Formación del Grupo de trabajo (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
- Notificación de incidencias y traslado a base de datos (responsables: MIR 2 y enfermeras 2)
- Discusión con el Responsable de Calidad y acciones correctivas y preventivas.
- Revisión mensual con Jefe de Servicio y Supervisora de enfermería
- Información al Servicio (trimestral)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia del plan de formación anual (Sí/No)
- Número de reuniones formativas conjuntas/año. Estándar >3/año.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades. Estándar >3/año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- Plan de formación conjunto (responsables Supervisora, MJ Chopo y Jefe de Servicio, JR Ara)
1a- Formación del Grupo de trabajo: enero 2017
1b- Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información: enero 2017
1c- Selección de temas y ponentes: enero-febrero 2017
vgr:
- Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información,

Proyecto: 2016_0391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACIÓN PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador...
- Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, etc.
- Evaluación de los objetivos del Servicio
1d- Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo): control de asistencia trimestral y evaluación final en diciembre 2017.

2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de calidad, J Martín)
2a- Formación del Grupo de Trabajo: enero 2017.
2b- Revisión de notificación de incidencias: mensual.
2c- Información al Servicio: trimestral

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_1431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHOPO ALCUBILLA MARIA-JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· LAMBEA GIL ALVARO. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· EXPOSITO SANCHEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VILLAR TURON RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ROMEO LAGUARTA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada pricipalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorverá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0228 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE POSTER SOBRE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN OBSTERTRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR BRUN VALVERDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAVIÑA CASTAN ANA BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BERGES PEREZ RUTH. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SEBASTIAN GURRIA ISABEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ORTEGA LACAMBRA ELENA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COMET BERNAD MACARENA. FIR. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cambio en los protocolos de administración de algunos farmacos utilizados en nuestro medio hace imperativa la revision y actualización del " poster sobre administración segura de fármacos en obstetricia".
Como se señalo en proyectos anteriores se pretende disminuir la variabilidad en las formas de administración segura de los fármacos, lo que implica una mejora de la calidad asistencial.
Así mismo se pretende conocer la utilidad de dicho poster como herramienta para el personal habitual del servicio como aquel que trabaja en el de forma más eventual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Aumentar la seguridad de la gestante/ paciente
-Disminuir la variabilidad en la administración
-Disminución incidentes/ accidentes
-Aumento de la detección de reacciones adversas
-Conocer los nuevos protocolos de administración de farmacos en obstetricia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión y actualización de póster por los miembros que forman parte del proyecto
- Presentación del mismo en las diferentes unidades de Obstetricia del Hospital Miguel Servet.
- Realización de encuesta sobre utilidad del mismo a los/as profesionales implicados en la administración de estos fármacos
- Reunión para valoración global del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Conocimiento de la actualización del póster entre enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia
-Enfermeras que conocen su actualización /nº total de enfermeras
-Enfermerasen formación que conocen su actualización /nº total de enfermeras
-Matronas que conocen su actualización/nº total de matronas
-Residentes de Matrona que conocen su actualización/nº total de matronas
-Enfermeras que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras
--Enfermeras en formación que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras en formación
--Matronas que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de matronas
-Residentes de matrona que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de residentes de matrona

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio-Octubre 2016: Revisión y actualización de poster
Octubre: Presentación a personal implicado
Noviembre2016-Enero 2017: Uso del mismo y realización de encuestas
Febrero 2017: Evalución de indicadores

9. OBSERVACIONES.
Recursos económicos necesarios: Los derivados de la impresión de los poster para los servicios implicados en los cuidados de la gestante

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0228 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE POSTER SOBRE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS EN OBSTERTRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA OLIVAN LAMBEA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO IBAÑEZ CARMEN. EIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VIÑERTA SERRANO ESTHER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAVIÑA CASTAN ANA BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AMAYAS LORAO REBECA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la sección de Puerperio del HUMS atendemos un alto número de madres extranjeras (21’33%).
Nos dimos cuenta de que muchas de las señoras que vienen a parir a nuestro hospital no pueden comunicarse con nosotros.
Algunas entienden poco castellano, y hablan menos aún.
En algunos casos vienen con sus maridos haciendo de “traductores espontáneos”, aunque a nosotras nos queda la duda de si realmente les transmiten la información que les damos o la que ellos entienden o la que quieren darles (sobre todo con el tema de lactancia materna o cuidados puerperales).
El puerperio es un momento tan importante en la vida de esa mujer y de esa familia que exige de nosotros el mayor cuidado.
Y la comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona, tocólogo y enfermera) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos.
Queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir, sus miedos, su dolor físico o de otro tipo.
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, … si no tenemos instrumentos para hablar?

Por eso nos planteamos crear un cuaderno de Pictogramas.
Conocíamos los materiales que se usan en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León…) y vimos otros que se pueden encontrar en internet.
Pero nos resultaba muy escaso, no cubría todas las necesidades que veíamos.

Así que decidimos hacer un cuaderno para la Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la comunicación con las puérperas no-castellano parlantes que llegan a nuestro hospital.
-Mejorar la comunicación con las señoras que presenten limitaciones en la compresión o expresión oral.
-Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en Plantas de Hospitalización de Puerperio).
-Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
-Que las pacientes puedan transmitirnos sus necesidades y sentimientos.
-Que formulen preguntas libremente.
-Mejorar la atención que les damos y disminuir su miedo.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de puerperio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Trabajo en equipo, presencial y online.
-Trabajo de campo fotografiando lugares y material, y situaciones que queremos definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de un Cuaderno de Comunicación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Febrero del 2016 y tenemos previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de este año.

14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.
Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
Septiembre: Reunión con Arasaac para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
Diciembre: Impresión de los cuadernos.
Enero 2017: Presentación a los compañeros de nuestro Servicio y a la Dirección y Gerencia del Hospital.

Proyecto: 2016_0272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.

Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0282 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

2. RESPONSABLE ..... NELIA VILLUENDAS FERNANDEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAMPOS TROL IRENE. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BERDUN PUEYO JULIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.
Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales.
Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral.
Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar.
Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad.
Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración…), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica…
Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores.
La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación.
El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por

Proyecto: 2016_0282 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:
Febrero 2016: Inicio proyecto.(Reunión 1-2):jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14
Mayo 2016:R-5:miércoles 11
Junio 2016:R-6:miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017:Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018:Revisión y evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0345 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MAÑAS MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ SANZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BUIL MARTINEZ MIREIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LORENTE MARTIN SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL. TCAE. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PERAL AROCA CONCEPCION. TCAE. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COSTA PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tumor de vulva es en la actualidad la cuarta causa de neoplasia del tracto genital femenino, tras endometrio, cérvix y ovario. En España es la causante de 500 muertes anuales por esta patología.
Habitualmente se asocia a la mujer de edad avanzada. Sin embargo, en estudios recientes se observa un segundo pico, aunque más pequeño, en mujeres de 40 - 50 años. Este aumento está en relación con el aumento de la incidencia de la lesión neoplásica vulvar intraepitelial (VIN) y a la mayor prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en estas pacientes.

El tratamiento de elección en el cáncer de vulva es quirúrgico. El tipo de intervención quirúrgica viene determinado por el estadio tumoral marcado por el Comité Oncológico de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). Se realiza vulvectomía simple o radical a partir de estadio II.
En los últimos tiempos se han modificado las técnicas quirúrgicas en un intento de disminuir las complicaciones en el postoperatorio. No obstante, a corto plazo la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica siguen apareciendo en un 40% de los casos y a largo plazo, el linfedema y la disfunción sexual.

El objetivo de nuestra Unidad es desarrollar un protocolo de actuación para la paciente intervenida de patología vulvar con o sin linfadenectomia inguinal, con el objetivo de reducir el número de complicaciones postoperatorias, centrándonos en la dehiscencia de la herida, que es la más frecuente, y de esta manera disminuir los días de estancia hospitalaria y costes asociados, mejorando de este modo la calidad y bienestar de las pacientes afectadas por este tipo de cáncer.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1 - Estandarización los cuidados de enfermería durante la hospitalización de una paciente intervenida de patología vulvar para disminuir las complicaciones del postoperatorio.
2 - Estimulación de la autonomía de la paciente de forma precoz.
3 – Disminución de la estancia hospitalaria de una paciente intervenida de patología vulvar.
4 – Estudio de las pacientes intervenidas de patología vulvar para determinar cuales son los factores que más inciden en la aparición de complicaciones y por lo tanto en la demora del alta hospitalaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha realizado un mapa de cuidados a seguir durante el postoperatorio de patología vulvar. Previa a su implantación se realizará una sesión informativa con el personal de enfermería y auxiliar de enfermería de la planta para dar a conocer el proyecto y realizar un intercambio de impresiones.
- El personal de enfermería será el encargado de realizar un seguimiento del estado de la herida quirúrgica y aplicar unos cuidados estandarizados.
- También valorará de manera global el estado de la paciente, para determinar cualquier necesidad que pueda aparecer a lo largo del proceso.
- Mantendrá informado de todo el proceso al ginecólogo responsable.
- El personal de auxiliar de enfermería junto con enfermería facilitará la educación sanitaria durante todo el proceso. Ayudará a la paciente a recuperar su autonomía de la forma más adecuada y facilitará un adecuado confort.
- El ginecólogo responsable realizará el seguimiento de todo el proceso, determinará el tratamiento médico más adecuado para una correcta evolución y será el encargado de solicitar colaboración con otros especialistas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Se revisará cada 15 días el número de pacientes intervenidas de patología vulvar a las que se les ha aplicado el mapa de cuidados para registrar su evolución.

- Se realizará una sesión mensual con enfermería y auxiliares de enfermería para monitorizar la aplicación del mapa de cuidados y ver problemas en la implementación.

- Al año de su puesta en marcha con los datos obtenidos de la entrevista con la paciente y los datos registrados en la historia clínica, se valorarán los siguientes factores:
- nº pacientes a las que se aplica el mapa de cuidados/nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Días de estancia hospitalaria.

Proyecto: 2016_0345 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

- nº pacientes que presentan dehiscencia de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes intervenidas tras recidiva de tumor de vulva / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan infección de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentaron infección de orina / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan linfedema precoz / nº pacientes intervenidas de linfadenectomía inguinal.
- nº pacientes que presentan estrés por su nueva situación de salud / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.

- Satisfacción de la paciente durante la hospitalización.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa se aplicará en todas las pacientes intervenidas de patología vulvar durante su estancia hospitalaria, a partir del 1 de noviembre de 2016 hasta el 1 de noviembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Se realizará un seguimiento de la paciente y se recogerán datos sobre factores que pueden repercutir sobre el proceso de cicatrización. Se entregará una encuesta de satisfacción y un cuestionario que valore el nivel de estrés frente a su nuevo estado de salud.
Las curas tópicas realizadas por enfermería han sido consensuadas por el equipo médico y se aplicarán bajo su prescripción. Se utilizarán los productos: Prontosan solución y Algina Calgitrol plata.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0376 ()

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

2. RESPONSABLE ..... LAURA SAZ SIMON
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARRAZ MIGUEL ALICIA. MATRONA. CS ALFAJARIN. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PASCUAL COLLADOS EVA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PARITORIOS
· SANCHEZ CASTAÑO CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PARITORIOS
· SOLANAS SANCHO MARIA JESUS. TCAE. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el servicio de Urgencias de maternidad del HUMS atendemos un alto número de mujeres extranjeras no castellano-parlantes, lo que conlleva serios problemas de comunicación y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada.
La gran barrera idiomática observada junto con las traducciones "espontáneas" de sus acompañantes, que a veces no son del todo correctas, nos hicieron plantear la necesidad de elaborar una herramienta que mejorase la calidad asistencial de estas mujeres en nuestro servicio.
La primera atención prestada en urgencias es fundamental, puesto que de ahí pueden derivar numerosos miedos, dudas, ansiedad, etc. relacionados con el embarazo, parto, puerperio y procesos ginecológicos.
Por ello consideramos que la comunicación entre todos los profesionales implicados en la asistencia y las mujeres atendidas es una pieza esencial de nuestro trabajo diario.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos, sino que también queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir o transmitir; sus miedos, sus necesidades, su dolor físico o de otro tipo...
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, si su hijo está en riesgo y necesitamos instrumentar el parto… si no tenemos herramientas para hablar?
Todas estas razones hicieron plantearnos la creación de un cuaderno con ilustraciones que definieran los diferentes signos y síntomas, técnicas y procedimientos, así como los signos de alarma por los que acudir al servicio de urgencias.
Para ello constituyó un equipo multidisciplinar de trabajo en el que se incluyen, entre otros, auxiliares de enfermería (TCAEs), residentes de matrona y matronas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la comunicación con las mujeres no-castellano parlantes o con limitaciones en la comprensión o expresión oral que llegan al servicio de Urgencias de Maternidad.
-Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en nuestro servicio.
-Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
-Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
-Mejorar la atención prestada y disminuir su miedo.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la primera atención hospitalaria prestada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de un cuaderno de Pictogramas (ilustraciones, iconos, símbolos y gráficos que representan de forma más o menos realista, un objeto real o significado). En dicho cuaderno se definirán las situaciones que con más frecuencia se presentan en nuestro servicio. Los apartados incluidos en el cuaderno harán referencia a datos de anamnesis, técnicas, resultados y alternativas, recomendaciones, signos de alarma y síntomas ginecológicos.
-El equipo multidisciplinar constituido por la responsable y sus colaboradoras se reunirá periódicamente para desarrollar cada uno de los apartados mencionados.
-Para la elaboración del cuaderno se ha contado con la colaboración de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia
INDICADOR: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas
-Encuesta de satisfacción de las usuarias (Escala de las caras)
INDICADOR: el 80% estarán satisfechas o muy satisfechas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero 2016: Inicio del proyecto común de Pictogramas y reuniones del equipo específico de Pictogramas de Urgencias
Marzo-Junio 2016: Elaboración de los distintos apartados del Cuaderno de Pictogramas y envío a ARASAAC de fotografías, dibujos, bocetos, esquemas, explicaciones e ideas para la elaboración posterior de sus dibujos.
Septiembre 2016: Reunión con ARASAAC para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando, con el fin de comprobar si los dibujos realmente expresan lo que queremos transmitir.
Octubre 2016: Presentación del Proyecto de Mejora.

Proyecto: 2016_0376 ()

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Octubre-Noviembre-Diciembre 2016: maquetación del Cuaderno de Pictogramas en urgencias de Ginecología y Obstetricia.

Diciembre 2016: Impresión del cuaderno.
Enero 2017: Presentación a los compañeros de todo el Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como a la Supervisión, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero 2016: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales y usuarias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0423 ()

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA RECOGIDA DE GASOMETRÍA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACIÓN DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

2. RESPONSABLE ..... SABINA MARTI GAMBOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAPRESTA MOROS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CRESPO ESTERAS RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BENITO VIELBA MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PALLARES ARNAL VICTORIA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DIAZ RABASA BEATRIZ. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO RODRIGUEZ MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El análisis ácido-base de la sangre de cordón umbilical fetal proporciona una medida objetiva del estado de oxigenación al nacimiento. El resultado de este análisis permite clasificar a los neonatos en distintos niveles de riesgo, determinando en conjunto con otros parámetros clínicos, tanto el grado de vigilancia precisada por parte del pediatra, como la necesidad de su ingreso en unidades específicas, señalando a aquellos que se puedan beneficiar de tratamientos preventivos de lesión neurológica, como la hipotermia terapéutica. La gasometría de cordón umbilical constituye además una prueba médico-legal irrefutable de una correcta actuación obstétrica, por lo que está indicada su realización universal.
De forma electiva, la muestra debe obtenerse de la arteria umbilical. En el caso de no poder obtenerse una muestra arterial, se debe recoger una muestra venosa. Sin embargo, el valor de los parámetros medidos en sangre venosa presenta diferencias significativas respecto a los valores obtenidos en sangre arterial.
Se ha demostrado que hasta el 25% de las muestras teóricamente “arteriales”, son realmente venosas, debido a una mala identificación del vaso puncionado, a la obtención de una muestra mixta, mezcla de sangre arterial y venosa, o a una mala técnica de recogida. Por ello, en todos los casos debería realizarse una doble gasometría, procedente de la arteria y la vena umbilical. Este doble análisis se considera un criterio de calidad asistencial, puesto que no sólo asegura que el valor que estamos analizando es realmente arterial, sino que proporciona información adicional sobre la duración y tipo de hipoxia intraparto.
En varios países europeos (Suecia, Noruega, Dinamarca) la doble obtención es universal y obligatoria desde la década de los noventa. Sin embargo, en España, existe bastante variabilidad de criterio en cuanto al tipo de muestra obtenida y su técnica de recogida.

En nuestro servicio, al igual que en la mayoría de maternidades españolas, la doble obtención no está protocolizada, y no existe un proceso de validación de las muestras, asegurando su procedencia arterial o venosa.
Problema:
Diversidad de criterio en la recogida de muestras, pudiendo ser estas arteriales, venosas, o ambas.
Ausencia de proceso de verificación de las muestras recogidas.
La gasometría neonatal es una prueba médico-legal fundamental, pero la ausencia de verificación de la muestra obtenida, la convierte en una prueba de poca fiabilidad.
Posible mala identificación de aquellos neonatos que precisen una mayor vigilancia por parte de pediatría.
Posible exclusión de neonatos del uso de terapias avanzadas para la prevención de lesiones neurológicas, como la hipotermia terapéutica, cuyo requisito de administración reside en la gasometría arterial.
Falta de rigor y calidad en la obtención y procesamiento de las muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Universalización de la doble obtención de muestra arterial y venosa en neonatos acidémicos, con un pH arterial = 7.10 (tasa de acidemia en nuestro medio del 4% anual).
Universalización de la doble obtención de muestra arterial y venosa, en una segunda fase posterior, en neonatos de bajo riesgo.
Establecimiento de un proceso riguroso de validación.
Mejora en la identificación de neonatos que precisan de mayor seguimiento postnatal, en base a su gasometría umbilical.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo reflejando los aspectos técnicos a cumplimentar en el proceso de obtención de la gasometría umbilical neonatal.
Realización de sesiones hospitalarias teóricas para formación del personal asistencial del parto en la correcta técnica de obtención de muestras, procesamiento y validación.
Sesión clínica informativa de los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios.
Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Proporción de neonatos acidémicos en los que se realiza una correcta gasometría umbilical con doble obtención de muestra arterial y venosa, correctamente validada (Proporción = 80%).
Proporción de neonatos en los que se realiza una gasometría umbilical doble, con una mala validación del

Proyecto: 2016_0423 ()

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA RECOGIDA DE GASOMETRÍA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACIÓN DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

proceso (Proporción < 5%).
Proporción de neonatos en los que se realiza una gasometría umbilical obteniéndose una única muestra, ya sea arterial o venosa (Proporción < 15%).
Proporción de neonatos en los que no se realiza ningún tipo de gasometría (Proporción < 1%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre: Reunión del equipo de trabajo para planificar y coordinar el programa. Impartición de seminarios teórico-prácticos en el hospital. Resolución de posibles conflictos y dudas.

- Diciembre: Inicio de la doble obtención de muestras.

- Abril: Se evaluarán de forma prospectiva los cuatro primeros meses del proyecto, identificando así sus debilidades y puntos a mejorar.
- Abril-Octubre: Se espera realizar la doble obtención de forma protocolizada en neonatos acidémicos en una primera fase.
- Octubre: En una segunda fase, este análisis se ofertaría a todos los neonatos, acidémicos y no acidémicos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0433 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... CARLOS DE BONROSTRO TORRALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TAJADA DUASO MAURICIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ PEREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Medicina Materno-Fetal es un área de la Obstetricia encargada de la detección, tratamiento y abordaje de las complicaciones aparecidas durante la gestación y que puedan comprometer al bienestar de la madre o el feto. El mejor escenario posible de asistencia al neonato de riesgo está basado en una estrecha y fluida colaboración entre los distintos especialistas implicados en el proceso (fundamentalmente obstetras, pediatras y cirujanos pediátricos), estableciendo normas comunes de actuación para
optimizar los resultados.
Debido a la necesidad de crear un entorno de diálogo entre las distintas partes implicadas en la atención perinatal de gestaciones de alto riesgo, desde la Unidad de Medicina Materno Fetal de nuestro centro, se impulsó un proyecto que recibió una excelente acogida por parte por los distintos profesionales médicos a los que se invitó a participar.
En Febrero de 2014, se iniciaron una serie de sesiones clínicas quincenales integradas por representantes del Servicio de Obstetricia, Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica. Posteriormente, estas reuniones periódicas fueron reconocidas como “Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal” por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Miguel Servet.
Este foro ha supuesto un gran avance en la comunicación y colaboración entre los Servicios implicados desde su puesta en marcha. Por ello, desde el Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, se ha creído conveniente ampliar la cobertura de las sesiones clínicas integrando al resto de los centros hospitalarios de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Facilitar y estandarizar los trámites de canalización de pacientes
obstétricas desde los centros hospitalarios integrantes de la red del SALUD de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Mejorar el flujo de información clínica entre los distintos centros implicados en la asistencia obstétrica,creando un cauce de comunicación que permita realizar un seguimiento periódico de la gestante y el neonato.
- Ofrecer a las gestantes una óptima asistencia obstétrica independientemente del Sector Sanitario al que pertenezcan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un protocolo estructurado de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet desde otros centros de asistencia obstétrica de la Comunidad Autónoma (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Difusión a los centros emisores de los criterios y cauces de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Integración de todos los hospitales con asistencia obstétrica en un foro de intercambio de información clínica vehiculizado a través de la experiencia del “Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal” (Responsables: Todos los integrantes del grupo).
- Designación de profesionales de referencia en cada centro hospitalario como interlocutores habituales en los intercambios de información, de cara a facilitar el seguimiento de las actuaciones (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Creación de unos cauces de comunicación eficaz entre centros receptores y emisores de pacientes (teléfonos e e-mails de contacto, sistemas de videoconferencia, etc…) (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de gestantes con situaciones de riesgo obstétrico
contempladas en el documento que son remitidas al Hospital Miguel Servet siguiendo el cauce previsto en el presente proyecto sobre el total de remisiones (Objetivo > 80%)
- Número de sesiones al año del Grupo Interdisciplinar de Medicina Perinatal integrando al resto de centros de la Comunidad Autónoma que son efectuadas (Objetivo > 15)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación de un protocolo de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet (Octubre – Diciembre 2016)
- Creación de cauces de comunicación entre centros receptores y emisores de pacientes (Octubre – Diciembre

Proyecto: 2016_0433 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

2016)
- Difusión a los centros remitentes de pacientes de criterios y cauce de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Enero 2017)
- Designación de profesionales de referencia de cada centro hospitalario como interlocutores habituales (Enero 2017)
- Aplicación del proyecto y evaluación de resultados (Febrero–Junio 2017)

9. OBSERVACIONES.
Modificación de proyecto nº 297 por exceso de caracteres.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0445 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ANDRES OROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ BALLANO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAPRESTA MOROS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ACERO CACHO ROBERTO. INGENIERO/A INFORMATICO. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS
· SANCHEZ PEREZ NOELIA. INGENIERO/A INFORMATICO. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS
· CABRERO PEREZ DAVID. INGENIERO/A INFORMATICO. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras el desarrollo de una cartilla de embarazo informatizada para Aragón, asociada a la plataforma de la Historia Clínica Electrónica (HCE) del SALUD y su pilotaje en el Sector II, se plantea su extensión a todos los centros de Especialidades del Sector II y del Sector I. De esta forma se mejorará la calidad de la atención a todas las gestantes cuyo control dependa del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
En el tiempo que llevamos de utilización de la cartilla electrónica se han observado las mejoras esperadas, tanto en el control como en la seguridad de la paciente, pero también un inconveniente derivado de la falta de medios técnicos para su correcto funcionamiento. Este problema ha sido especialmente acusado cuando las gestantes debían ser ingresadas desde urgencias ya que con los sistemas actuales resulta laborioso ver la cartilla en el entorno de HCE y realizar el ingreso en el PCH.
Asociado a la cartilla de embarazo electrónica y utilizando el entorno que proporciona la plataforma de intranet del SALUD, se propone desarrollar una hoja de ingreso estructurada que recoja, de forma automática, los datos de más relevantes de la gestación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Diseño de una hoja de ingreso unificada para el Servicio de Obstetricia utilizando las herramientas de la Historia Clínica Informatizada, de forma que permita la descarga automática de los datos ya recogidos en la Cartilla Electrónica.
- Extensión de la cartilla de embarazo informatizada en los centros de Especialidades que dependen del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet, incluyendo el Sector I.
- Acceso a los datos, desde todo Aragón, del ingreso de la gestante y de los datos de la Cartilla de embarazo. Disponibilidad de la información de forma automática desde cualquier ordenador del SALUD, sin precisar que la paciente lo lleve en formato papel.
- Unificar la información dada, en los diferentes sectores, sobre hábitos higiénico-dietéticos y recomendaciones de prevención de infecciones durante el embarazo.
- Mejora en la seguridad del paciente. Se evitan errores de transcripción al descargar de forma automática el resumen del control gestacional y al tener en la plataforma digital todo el seguimiento realizado del embarazo.
- Optimización del trabajo del personal implicado tanto en el área de Urgencias de Obstetricia del Hospital Miguel Servet como en los centros de especialidades.
- Disminución de costos y contribución a la preservación medioambiental
- Conocer los datos referentes a los ingresos de obstetricia para poder mejorar en la calidad del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Diseño de la hoja de ingreso adaptada al ingreso de obstetricia en al que se descarguen automáticamente los datos relevantes de la gestación. – Rodriguez Solanilla, Belén; Andrés Orós Mª Pilar; Acero Cacho, Roberto; Cabrerizo Pérez, David; Sánchez Pérez, Noelia
- Revisión de las medidas higiénico dietéticas que se le indican a la gestante. Castán Mateo, Sergio; Lapresta Moros, María
- Sesiones informativas a los facultativos del Hospital. Formación práctica a los profesionales implicados en su utilización tanto de la Cartilla de Embarazo informatizada como de la hoja de ingreso de obstetricia. Andrés Orós, Mª Pilar; González Ballano, Isabel; Cabrerizo Pérez, David.
- Sesiones en los centros de especialidades. Formación y tutelaje en el uso de la Cartilla de embarazo electrónica. Rodriguez Solanilla Belén; Sánchez Pérez, Noelia; Andrés Oros, Mª Pilar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicador 1: Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE / Total de ingresos obstétricos x 100.
Se obtendrá mediante los datos aportados por el CGIPC
- Indicador 2: Nº de primeras visitas de gestación en las que se realiza cartilla electrónica en los centros de

Proyecto: 2016_0445 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

especialidades / Total de primeras visitas en centros de especialidades x 100
Se obtendrá mediantes los datos aportados por el CGIPC y los datos de asistencia del Servicio de Obstetricia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Octubre - Noviembre 2016: Diseño de la hoja de ingreso y pilotaje de la misma. Formación de los profesionales en la utilización de la cartilla de embarazo.
-Diciembre 2016: Uso de la cartilla de embarazo en todas las gestantes de primer día en el Sector I. Corrección de errores de la hoja de ingreso y formación de los profesionales en su utilización
-Mayo-Junio 2017: Desaparición de la cartilla de embarazo en formato papel en todos los centros de especialidades que dependen del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0493 ()

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN GESTANTES CON SOSPECHA DE GRIPE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GONZALEZ BALLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MARTINEZ SAPIÑA PEREZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CRESPO ESTERAS RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERRERO SERRANO REBECA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LABORDA GOTOR RAMIRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GOTOR COLAS MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el año 2012 la OMS recomienda que se priorice la vacunación frene a la gripe en gestantes, ya que está aumentada tanto la morbilidad como la mortalidad en comparación con las no gestantes, especialmente en segundo y tercer trimestre.
Los síntomas son, generalmente, los mismos que en mujeres no embarazadas. Las principales caracteri´sticas cli´nicas de la gripe son: fiebre > 38ºC, dificultad respiratoria, tos y malestar general. Puede coexistir una linfopenia significativa y alteraciones de las enzimas hepa´ticos.
La mayori´a de si´ndromes gripales en las mujeres embarazadas son de carácter leve y cursan sin complicaciones. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad puede progresar a una insuficiencia respiratoria grave, neumoni´a y/o aparecer complicaciones secundarias como las sobreinfecciones bacterianas.
Los tratamientos antivirales, pueden frenar la enfermedad, ya que disminuyen la replicacio´n viral, moderan la agresividad de los si´ntomas y reducen las complicaciones de la gripe. En el momento actual, la OMS recomienda el oseltamivir (inhibidor de la neuraminidasa) como fa´rmaco de eleccio´n.
Dada la importancia y alta prevalencia de la gripe en nuestro medio en determinadas épocas del año se considera importante la realización de un protocolo conjunto con los Servicios de Neumología, Microbiología y Farmacia, para establecer el correcto circuito asistencial y procesamiento rápido de las muestras biológicas.
Nuestro objetivo principal es evitar la variabilidad interobservador, ya que hasta ahora no existe ningún protocolo al respecto, con lo que queda a criterio de cada facultativo el modo de actuación y tratamiento. También es importante establecer la continuidad asistencial del proceso en Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la calidad y continuidad asistencial:
-Implementación de un protocolo multidisciplinar, junto al Servicio de Neumología, Microbiología y Farmacología, de manejo de la gestante con sintomatología de gripe en Urgencias de Maternidad.
-Sistematización en el diagnóstico y tratamiento ante la sospecha de gripe en la embarazada que acude al Servicio de Urgencias.
-Establecimiento del correcto circuito asistencial y enlace con Atención Primaria

Mejora de la seguridad clínica:
- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica al protocolizar la conducta a seguir ante gestante que llega a Urgencias con sintomatología gripal.
- Estandarización de los criterios de ingreso en planta de Medicina Maternofetal.
- Estandarización de los criterios de seguimiento domiciliario.

Establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención:
- Prevención primaria: informar a la paciente de las medidas para evitar el contagio en su entorno próximo y a otras gestantes. En control hospitalario: medidas de aislamiento en planta de Medicina Maternofetal.
- Prevención secundaria: Diagnóstico precoz para evitar la progresión de enfermedad.
- Prevención terciaria: Evitar complicaciones graves con el correcto diagnóstico y tratamiento.

Mejora de la satisfacción del personal implicado en el proceso:
- Elaboración de un protocolo multidisciplinar con otros Servicios (Neumología, Microbiología y Farmacología) y mejora de capacitación del personal

Mejora de la satisfacción de las usuarias:
- Aumento de la confianza de la paciente
- Mejora de la calidad de la información transmitida a la gestante.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los servicios implicados en la elaboración del protocolo. (Dra. González Ballano)

- Revisión de la evidencia científica existente. (Dra. Rodríguez Solanilla)

- Diseño de un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la paciente con sospecha de gripe en

Proyecto: 2016_0493 ()

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN GESTANTES CON SOSPECHA DE GRIPE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Urgencias de Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet (Dra. Andrés, Dra. Crespo, Dra. Lapresta, Dra. González Ballano, Dra. Rodríguez Solanilla, Dr. Castán)

- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los facultativos de los Servicios implicados (Dra. Crespo)

- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los médicos internos residentes que realizan guardias en la Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet. (Dra. Andrés)

- Revisión y presentación periódica de resultados. (Dra. Lapresta)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tasa de pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

Tasa de pacientes ingresadas en planta de MMF con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: formación del equipo de trabajo y revisión de la evidencia científica
Noviembre- Diciembre 2016: diseño de protocolo de actuación
Enero 2017: sesión para presentación del protocolo
Mayo 2017: Presentación de indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0580 ()

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

2. RESPONSABLE ..... EVA LUCIA TEJERO CABREJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ENVID LAZARO BLANCA MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO ROYO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BENITO VIELBA MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERRERO SERRANO REBECA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PALLARES ARNAL VICTORIA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La monitorización cardiotocográfica fetal es un método que ha demostrado utilidad para evaluar el bienestar fetal en gestaciones de riesgo. En las consultas de Medicina Materno Fetal es una práctica habitual por las características de su población. El momento de comienzo del control en la consulta, está en función de la patología concomitante o factores de riesgo asociados y se encuentra perfectamente delimitado en los criterios de remisión.
En función de cuáles sean estos factores de riesgo y la edad gestacional, se iniciará la monitorización cardiotocográfica fetal y se establecerá la frecuencia de repetición.
En la mayoría de los casos existe consenso respecto a cuándo iniciar esta técnica y en qué patologías específicas. Pero en los últimos años, se ha detectado un aumento progresivo del número de monitorizaciones realizadas. Estimamos que aproximadamente el 10% de las monitorizaciones se realizan con una falta de consenso entre los profesionales implicados, lo que supone una sobreutilización del recurso.
Sería útil por tanto ajustar y consensuar la indicación de esta técnica para las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal, entre los miembros de la Sección. El resultado previsible es un funcionamiento más ágil de las consultas, evitando la sobrecitación y aumentando la satisfacción de las usuarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos del proyecto son:
- El ajuste de la indicación y frecuencia en la realización de monitorización cardiotocográfica fetal a las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal.
- La estandarización del inicio de esta técnica en función de la edad gestacional y los factores de riesgo.
Los resultados previsibles serían una disminución en la utilización innecesaria de recursos hospitalarios, fundamentalmente humanos, y una mejora en la percepción de la paciente sobre la asistencia recibida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de reuniones conjuntas entre los facultativos integrantes del proyecto, encargados de la consulta de Medicina Materno Fetal, para acordar las pautas de actuación.
- Establecimiento del circuito con los facultativos de centros de especialidades para delimitar las peticiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disminución del 10 % de peticiones de registros cardiotocográficos realizados en las consultas de Medicina Materno Fetal
- Cumplimiento del 90 % de las peticiones ajustadas a los criterios establecidos.
- Reuniones-sesiones conjuntas entre los integrantes del proyecto para ajustar y evaluar objetivos. (>10)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 9 meses.
Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles fallos en su implantación.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. GESTION DE RECURSOS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0664 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA RODRIGUEZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTI GAMBOA SABINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ SUÑER SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ GONZALEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REDRADO GIMENEZ OLGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ SADA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CHOLIZ EZQUERRO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El control gestacional de bajo riesgo es llevado a cabo en los Centros Médicos de Especialidades (CME) adscritos al Hospital Universitario Miguel Servet (CME Ramón y Cajal, CME San José, CME Grande Covián).

En la primera visita del control gestacional, la paciente recibe información acerca de:

Visitas y seguimiento de la gestación en el Centro de Especialidades.
Exploraciones ecográficas y Diagnóstico Prenatal.
Infecciones TORCH.
Alimentación y estilos de vida saludables.
Medicación y suplementos necesarios.
Control gestacional concomitante con la Matrona de Área.
Cribado oportunista de patología cervical.

La ecografía obstétrica y el screening de cromosomopatías son una parte fundamental del control gestacional de bajo y alto riesgo. En nuestro centro se realizan actualmente tres exploraciones ecográficas en la gestante de bajo riesgo, cada una de ellas con finalidad y tiempos de exploración diferentes.

La primera ecografía se realiza en el primer trimestre de la gestación, en torno a la semana 12. En esta misma visita se realiza también el screening de cromosomopatías y se informa a la paciente en ese mismo momento del resultado obtenido. La segunda ecografía se realiza en la semana 20 de gestación y en ella se estudia detalladamente la morfología fetal. Y la tercera, en torno a la semana 35, cuyo objetivo principal es la valoración del estado y del crecimiento fetal, la situación y presentación, las características de la placenta y el volumen del líquido amniótico.

La gran cantidad de información que se expone en la primera visita de la gestación, hace necesaria la elaboración de documentos que la paciente pueda llevarse a su domicilio a fin de releerlos, comprenderlos y consultarlos cuando lo necesite a lo largo del embarazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocimiento del documento informativo por parte de los facultativos que trabajan en los Centros de Especialidades.

Facilitar información a las gestantes antes de acudir a las exploraciones ecográficas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar el documento con los facultativos encargados del seguimiento de la gestación en los CME. (Dr. Pérez, Dra. Martínez)

Elaboración del documento informativo de ecografia obstétrica y diagnóstico prenatal. (Dra. Rodríguez, Dra. Chóliz)

Elaboración de una encuesta para poder evaluar el grado de satisfacción de la paciente. La nota de los apartados irá de 1 a 10 donde 10 será “completamente satisfecho” y 1 “nada satisfecho”. (Dra. Redrado)

Distribución y difusión del documento en los Centros de Especialidades adscritos. (Dra. Ruiz)

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Dra. Martí)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de gestantes que acuden a la ecografia obstétrica con el documento leído. En la encuesta de satisfacción se preguntará a la paciente si recibió el documento informativo antes de acudir a las ecografias. Se considerará aceptable una cobertura inicial del 80%, esperando llegar al 100% en el plazo de un año.

Grado de satisfacción de las pacientes. Se considerará aceptable una puntuación por encima de 6.

Proyecto: 2016_0664 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión de la Sección de Diagnóstico prenatal y lluvia de ideas para la elaboración del documento. (Octubre 2016)

Reunión con los facultativos especialistas de los diferentes Centros de Especialidades para poner en común el documento y valorar modificaciones. (Noviembre 2016)

Elaboración final del documento informativo. (Diciembre- Enero 2016-2017)

Distribución por los diferentes Centros de Especialidades. (Febrero 2017)
Evaluación de la difusión del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Marzo 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0703 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

2. RESPONSABLE ..... ESTHER VIÑERTA SERRANO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CARBALLO SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· GALLEGO CARNICER JAVIER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· SOLA CORROZA PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ROYO VIÑADO MARIA JESUS. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ORTEGA LACAMBRA ELENA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Mutilación Genital Femenina incluye todas las prácticas que
implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos,o por cualquier otra razón terapeútica.
Las sociedades occidentales actuales se caracterizan por la integración y convivencia de diferentes culturas. Fruto de los flujos migratorios, la riqueza multicultural es una de las señas de identidad de sociedades avanzadas.
En España, esta práctica se considera una violación de los derechos de las mujeres y en ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto de las tradiciones culturales.
Desde el H.U. Miguel Servet, tratamos de identificar a aquella población incluida como factores de riesgo, es decir, ser mujer y pertenecer a una etnia y/o país en los que es admitida la práctica de la MGF, o bien ser una mujer adulta con MGF practicada. La detección se realiza en los servicios de Obstetricia, en concreto en Paritorio. Las fuentes de información para recabar datos serán a través de la propia inspección en el momento del parto, y a través de la encuesta que se les formula para reconocer el país de origen de la población inmigrante.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Hasta el momento, forma parte de la continuidad de un proyecto de calidad
de mejora que se inició en el año 2008.
- Identificación de aquellas mujeres inmigrantes incluidas como factores de riesgo.
- Inclusión de documentación con datos personales de la mujer, fecha de parto, sexo del recién nacido, país de origen, nº de habitación, así como folleto informativo sobre prácticas saludables, encuesta de opinión de la MGF,compromiso de Prevención de la MGF e información sobre Talleres de Promoción de la Salud y derechos humanos, y Prevención de la MGF.
- Colaboración en la difusión de actuaciones orientadas a la formación en las comunidades a través de los talleres realizados en la sede de Médicos del Mundo.
- Incorporación de las residentes de matrona en la formación continuada y en la difusión del programa de calidad fomentando su participación.
-Identificación de mujeres que dan a luz en el H.U. Miguel Servet a las que
se les ha practicado alguna MGF en su infancia y/o pertenecen a algún país de riesgo.
- Sensibilizar al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se produzca dicha práctica en su entorno.
- Ofrecer herramientas a través de talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil, aprovechando ésto para el abordaje de la MGF.
- Sensibilizar a las residentes de matrona, ginecología y pediatría sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificación y registro a través del libro de partos de aquellas mujeres
con algún país de riesgo o con alguna MGF
- Comunicar a Médicos del Mundo de los datos registrados y del ingreso de alguna mujer de riesgo.
- Preparar material informativo para proporcionar a las Mediadoras Culturales y éstas a su vez a las pacientes Ingresadas
- Organizar o cooperar en la realización de cursos de formación continuada para personal sanitario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de mujeres identificadas pertenecientes a algún país de riesgo y/o
con alguna MGF practicada.

Proyecto: 2016_0703 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

- Nº de mujeres captadas.
- Nº de mujeres que asisten a los talleres impartidos por Médicos del Mundo.
- Nº de cursos de formación continuada realizados para personal sanitario.
- Nº de asistentes a los cursos de formación continuada.
- Nº de casos nuevos detectados de MGF practicadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Como es una continuidad del proyecto actual, no existe fecha de inicio porque se está realizando en la actualidad. Lo mismo ocurre con la finalización.

9. OBSERVACIONES.
EL MATERIAL DIVULGATIVO ES PROPORCIONADO POR MÉDICOS DEL MUNDO : INFORMACIÓN DE TALLERES, INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS SALUDABLES, CONSENTIMIENTO ESCRITO Y ENCUESTA SOBRE MGF.
LOS CARNETS IDENTIFICATIVOS DE LAS MEDIADORAS SERÁN PROPORCIONADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0715 ()

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

2. RESPONSABLE ..... ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PADIN FABEIRO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· EZQUERRA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TABUENCA VICIEN CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SERRANO VIÑUALES ITZIAR. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PARDO JORDAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAHOZ FUERTE JOAQUINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Hospital Universitario Miguel Servet tienen lugar más de 4000 partos anualmente, lo cual supone un elevado número de ingresos y de altas hospitalarias, la mayor parte de ellas de forma precoz (a partir de las 48 horas tras un parto vaginal y a los 4 días tras una cesárea si no existen complicaciones). En este proceso se encuentran involucrados varios profesionales: auxiliares, enfermeras, personal de limpieza, secretarias administrativas, ginecólogos, pediatras y matronas. Por ello el proceso debe realizarse de forma conjunta y organizada para optimizar los recursos.
Hasta la implantación del plan de mejora de agilización de las altas hospitalarias en el puerperio en 2016 todas las altas se producían entre las 12 y las 15 horas. A partir de la implantación de este proyecto, aquellas pacientes que cumplían los criterios de inclusión posteriormente explicados fueron dadas de alta antes de las 12 h del mediodía.
El objetivo de este proyecto es continuar secuenciando las altas hospitalarias en dos bloques horarios: uno antes de las 12 horarias y otro entre las 13 y 14 horas, facilitando la disponibilidad de camas a primera hora de la mañana para nuevos ingresos, evitando la sobrecarga de altas a última hora de la mañana y mejorando la satisfacción de las pacientes al poder irse a casa más precozmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Alta de las pacientes en dos franjas horarias:
-1º antes de las 12 horarias
-2º entre las 13-14 horarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inicialmente hay que seleccionar aquellas pacientes que puedan ser dadas de alta en la primera franja horaria, considerando los siguientes criterios de inclusión:
- Transcurso de 48 horas tras un parto vaginal o 4 días tras una cesárea antes de las 8h de la mañana
- Pacientes sin patología de base
- Recién nacidos a término con peso adecuado para su edad gestacional

El ginecólogo seleccionará las pacientes candidatas en el pase de visita el día anterior y le consultará a la paciente si desea irse a casa al día siguiente antes de las 12 horarias. Si la paciente acepta, el ginecólogo, el pediatra y la matrona el día del alta del pasarán visita a estas pacientes a primera hora de la mañana y la enfermera les entregará la documentación para que pueda abandonar el hospital antes de las 12 horarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se considerará que se han cumplido los objetivos si al menos el 50% de las pacientes seleccionadas para el alta precoz abandonan el hospital antes de las 12h. La evaluación se realizará de forma anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Aplicación durante un año a partir de la fecha de aprobación del proyecto y valoración de los resultados de forma anual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0725 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ADIEGO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUBIO CUESTA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO JIMENEZ LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PASTOR CABALLERO PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El diagnóstico de una neoplasia mamaria coloca a la mujer en una situación francamente vulnerable. Con el inicio ya hace muchos años del Proceso Asistencial de Patología Mamaria se ha conseguido encauzar muchas de las actuaciones favoreciendo la situación personal tanto del paciente como de sus familiares al sentirse "acompañados" en ese proceso.
A pesar de ello, hemos detectado a lo largo de los años, que uno de los puntos que más ansiedad genera, por su desconocimiento, es qué les espera en su ingreso hospitalario.
Es el miedo a lo desconocido lo que hace que afronten de esa manera esta circunstancia y creemos que al verse convenientemente subsanada, ayudaría a estas pacientes (y sus familias) a superar de mejor manera este paso en el tratamiento del cáncer de mama.

Además, la situación de estrés que acompaña al diagnostico, impide en muchas ocasiones afrontar el proceso como sería conveniente e impide fijar información comentada verbalmente en la consulta. La repetición de preguntas similares por parte de las mismas pacientes así como la identificación de preguntas repetitivas por parte de prácticamente la totalidad de las pacientes que se enfrentan a este problema nos han llevado a proponer este proyecto de mejora, con el fin de resolver las dudas/desconocimientos más frecuentes con la intención de mejorar su atención y facilitar el proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es conseguir aportar la información necesaria a la paciente que se va a someter a una cirugía por proceso oncológico de mama para que conozca aquello que debe conocer para conseguir evitar la ansiedad. Es la información lo que nos va a permitir que los pacientes se enfrenten a esta situación libres del miedo a lo desconocido, con los beneficios que ello aporta

De manera secundaria:
Facilitar el trabajo del personal de la Unidad (admisión, recepción en planta por Enfermería, celadores, ...) al hacer conocedores de los procesos a los pacientes y familiares.

Cuantificar el beneficio aportado por esa información en las pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará un tríptico informativo (coordinado por Ignacio Adiego y Francisco Villalobos) con la información necesaria para las pacientes en materia de: cómo realizar el ingreso, qué procedimientos van a ser realizados dentro del ingreso, dónde va a llevarse a cabo la intervención, qué profesionales van a visitarle durante el ingreso, ...
Este será entregado a la paciente en la visita preoperatoria, con el fin de servir de apoyo a la resolución de dudas que no haya podido o recordado preguntar en la consulta.

Información al resto de profesionales que pudieran verse involucrados en la instauración de este tríptico (Lorena Franco en Consultas Externas y Patricia Rubio en Hospitalización).

Elaboración (Luis Fernando Colmenarejo) de encuesta de satisfacción para poder cualificar el impacto en la paciente y familia de la información que ha recibido. La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".

Recogida de encuesta de satisfacción (Paula Pastor).

Procesamiento de datos procedentes de las encuestas de satisfacción (Isabel Vicente)

Monitorización del nivel de Cobertura (Ana Carmen Marcuello y Francisco Villalobos)

Elaboración de propuestas de mejora (Ana Carmen Marcuello)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numerica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

Proyecto: 2016_0725 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Cobertura: en la encuesta de satisfacción, se le preguntará a la paciente si recibió antes del ingreso el triptico informativo, contestable con SI/NO/NO LO RECUERDO. En un inicio, consideramos aceptable la cobertura inicial del 85%, con la intención de alcanzar el 100% en el plazo de un año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: reunión de los profesionales para evaluar los puntos fundamentales que aparecerán en el tríptico informativo.
Finales de Octubre: Maquetación y elaboración del documento.
2 de Noviembre: Inicio de la entrega del documento informativo en consulta preoperatoria de Unidad de Mama.
A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.
A los 6 meses, tras esa reevaluación, reunión para propuestas de mejora.
Al año, si el grado de satisfacción y cobertura son buenos, planificar instaurar tripticos adecuados a cada modalidad de intervención (Mastectomía, Cirugía conservadora, Radioterapia intraoperatoria, ...)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

2. RESPONSABLE ..... YASMINA JOSE GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BORQUE IBAÑEZ AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Ginecología del Hospital Miguel Servet es centro de referencia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico de la Comunidad Autónoma de Aragón, incluyendo en su Cartera de Servicios todos los procesos malignos del tracto genital.

Una vez realizado el tratamiento primario de cada tipo de tumor: endometrio, cérvix, ovario, vulva y otros menos frecuentes es preciso realizar un correcto seguimiento, más intenso durante los primeros años, que se podrá ir espaciando si las pacientes continúan libres de enfermedad.

El seguimiento deberá ser distinto en cada tipo de tumor por las características de los mismos, ya que difieren en el lugar y periodo más frecuente de recidiva.

En la actualidad no disponemos de un protocolo de seguimiento instaurado. Por ello con la finalidad de corregir y mejorar esta situación, proponemos esta línea de mejora que pretende facilitar el trabajo a los integrantes de nuestro Servicio para obtener un resultado final óptimo tanto para nosotros como para nuestras pacientes.

Se protocolizará, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor y estableceremos el momento en el que se considera prudente dar el alta de las consultas hospitalarias para continuar las revisiones en las consultas de los CME. También consensuaremos que tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Por todo lo anteriormente expuesto pretendemos actualizar y unificar las pautas de actuación en relación al seguimiento de las pacientes oncológicas en nuestras consultas externas especializadas (Ginecología Oncológica Ay B).

Pretendemos utilizar estrategias validadas desde la evidencia científica, con la finalidad de obtener el máximo rendimiento, con criterios de coste-eficacia aceptables y teniendo en cuenta los recursos existentes.

Comenzaremos en una 1º fase del proyecto con la implementación de este protocolo en las consultas hospitalarias de nuestro centro para de forma progresiva extenderlo a los CME. De esta forma tras los años determinados para cada tipo de tumor, las pacientes podrán realizar sus revisiones de forma ambulatoria, sin tener que acudir al centro Hospitalario de referencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Diseño de un protocolo de actuación para el seguimiento de las pacientes oncológicas en el Servicio de Ginecología, basado en los protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).
2.Presentación del protocolo a los miembros del Servicio implicados en estas consultas especificas.
3.Instauración del protocolo de forma inicial en las consultas externas hospitalarias de ginecología.
4.Extensión del protocolo en los siguientes años a los CME dependientes de nuestra área.
5.Control de calidad del protocolo, con registro del número de recidivas detectadas.
6.Control de la eficiencia del nuevo protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES:
1. % de aplicación del nuevo protocolo de seguimiento en las consultas externas hospitalarias, deseable por encima del 80%.
2. Número de recidivas detectadas mediante el nuevo protocolo de seguimiento.
3. Ahorro económico asociado, al disminuir el número de procedimientos, análisis y pruebas innecesarias.
4. Evaluación del grado de satisfacción de las pacientes.

Para la evaluación y seguimiento:

Proyecto: 2016_0750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

•Creación de reuniones y sesiones de trabajo trimestrales para detectar posibles problemas en el desarrollo del proyecto.

•Elaboración de base de datos informatizada para conocer la incidencia de recidivas en cada tipo de cáncer ginecológico detectadas.

•Realización de un proceso de auditoría interna para la valoración de los resultados obtenidos tras la aplicación del nuevo protocolo.

•Detección de posibles debilidades del protocolo y aspectos que puedan ser mejorados.

•Elaboración de una memoria anual con la actividad asistencial realizada en relación al procedimiento.

•Elaboración y distribución de encuestas anónimas para conocer el grado de satisfacción de las usuarias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración del protocolo de actuación: octubre 2016.
2. Presentación a los miembros del Servicio: octubre 2016.
3. Inicio de aplicación del protocolo en las consultas externas hospitalarias: octubre 2016.
4. Creación de base de datos informatizada: octubre 2016.
5. Actualización periódica de la base de datos, de forma continuada desde octubre del 2016.
6. Elaboración de reuniones periódicas: trimestralmente.
7.Elaboración de memoria anual del proyecto: noviembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0822 ()

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JARA PASCUAL MANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TAJADA DUASO MAURICIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA ASENSIO LAURA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABENIA USON PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LASARTE LOPEZ ROSANA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
•El cribado de las malformaciones fetales se realiza por parte de los obstetras ecografistas. Salvo en patología cardíaca, el resto de las malformaciones son comunicadas a los futuros padres por los propios obstetras.
•No hay establecido un circuito ágil y rápido de derivación de estos pacientes a los propios especialistas implicados en el seguimiento postnatal, siendo que estas situaciones requieren una atención temprana antes de las 22 semanas de gestación.
•Se ha visto aumentada la necesidad de traslados de gestantes a centros extracomunitarios para tratamiento intraútero y postnatal que son subsidiarios de soporte y seguimiento por parte de la trabajadora social.
•También se ha visto aumentado el número de parejas que deciden continuar la gestación con diagnósticos neonatológicos desfavorables e incompatibles con la vida. Dichas gestaciones son candidatas a tratamientos paliativos perinatales que requieren una planificación prenatal, mayor seguimiento y mayor soporte tanto médico como psicológico y social. Estos casos también se beneficiarían de un circuito establecido para la evaluación de los recursos sociales y familiares de forma prenatal.
Por todo ello, el establecimiento de un circuito ágil de derivación de dichos pacientes, que a demás sirva como canal de comunicación prenatal entre los distintos especialistas involucrados, será una oportunidad de mejora en la atención clínica de estos casos. Dicho marco favorece la puesta en común de los hallazgos, la mejora y unificación de la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma, el seguimiento evolutivo de los casos por parte de los especialistas y las pautas posibles de control y tratamiento tanto prenatal como postnatal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Elaborar un circuito asistencial multidisciplinar ágil para los pacientes diagnosticados de malformaciones fetales.
• Consensuar y unificar la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma y plena.
• Consensuar y unificar la planificación y pauta de controles prenatales.
•Mejorar el soporte tanto psicológico, informativo, como social de los futuros padres tanto si deciden continuar la gestación como interrumpirla.
•Elaborar una base de datos que integre los casos en curso, accesible para conocimiento de todos los especialistas implicados y permita el control de calidad.
•El análisis de la evolución de los casos a medio y largo plazo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
•Selección y nombramiento de los representantes de las diferentes subespecialidades implicadas en el equipo de mejora.
•Creación del circuito de derivación.
•Instauración de reunión multidisciplinar (inicialmente su periodicidad pretende ser mensual o bimensual).
•Se contemplan reuniones de carácter extraordinario con la parte interesada del equipo multidisciplinar según la urgencia que requiera cada caso particular (dado los plazos de la ley de Interrupción Legal del Embarazo), optimizando así la coordinación y el manejo de casos que requieren controles y tratamientos especiales.
•Un objetivo adicional es mejorar la comunicación entre los distintos especialistas de los casos para una derivación fluida, mejora en la información transmitida a los pacientes y por ende su satisfacción percibida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Equipo constituido con nominación de representante y suplente para cada subespecialidad.
•Nº de reuniones realizadas, su periodicidad y participación de los miembros o suplentes del comité prenatal
•Nº de pacientes atendidas mediante dicho circuito sobre el total de pacientes diagnosticadas de malformaciones fetales (>85%)
•Base de datos operativa común que permita un control de calidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
•Diciembre 2016: Elaboración del circuito oficial de derivación y presentación de éste a los integrantes y colaboradores del proyecto de mejora.
•Diciembre 2016: Planificación y coordinación de las reuniones con los distintos especialistas.
•Diciembre 2016: Elaboración de un soporte informático hospitalario común de libre acceso por los distintos especialistas involucrados para su consulta.

Proyecto: 2016_0822 ()

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

•Enero 2017: Instauración de las reuniones y circuito.
•Junio 2017: Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.
•Este plan de mejora abarca como ámbito más novedoso la incorporación del apoyo social y de recursos que estos pacientes pueden necesitar mediante el trabajador social y enfermería especializada (matrona), así como especialistas en psiquiatría.
•El establecimiento de dicho circuito asistencial se pondrá en conocimiento de los distintos responsables de los hospitales aragoneses cuyo centro de referencia en Diagnóstico Prenatal es el Hospital Materno Infantil para facilitar una derivación mucho más rápida y fluida de los casos por parte de los especialistas que los han iniciado.
•Finalmente, la comunicación y el trabajo en equipo con facultativos de distintas especialidades médicas, es en sí mismo una oportunidad de mejora que permite el trato a estos pacientes de una forma integral.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0828 ()

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... RAUL BOLEA TOBAJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COTAINA GRACIA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TOBIAS GONZALEZ PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PUYUELO SAMITIER ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DIAZ RABASA BEATRIZ. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las intervenciones quirúrgicas forman parte importante de nuestra labor asistencial diaria. El servicio de Ginecología del HUMS cuenta con 2 quirófanos diarios con una media de 3 intervenciones quirúrgicas en cada uno de ellos, así como un quirófano a la semana en la UCSI y una Sala Blanca en área de consultas donde se realizan 4-5 histeroscopias al día. Por ello cualquier cambio en la organización de esta práctica sería de gran relevancia en nuestra práctica diaria.
La informatización del área quirúrgica permitiría gestionar de forma más adecuada y más eficiente todos los procesos clínicos y administrativos incluidos en esta área, tales como la programación de las intervenciones quirúrgicas, la gestión de materiales necesarios, la coordinación con antelación de las necesidades en materia de banco de sangre, anatomía patológica, recursos radiológicos, la colaboración con otros servicios quirúrgicos, la realización de programas formativos (FOCUSS) y la organización del destino posterior de la paciente (hospitalización, REA, UCI)
Actualmente se usa una agenda en papel para la programación quirúrgica con todos los inconvenientes que este hecho conlleva. Al completar de forma manual existe dificultad para la interpretación de registros manuscritos, problemas para la localización de pacientes o intervenciones, duplicación de fechas, etc, así como la posibilidad de pérdida de datos.
La informatización de los datos del libro de Quirófano tiene un efecto altamente beneficioso. Además, la importancia en la informatización de un proceso sanitario ya quedó reflejada por el Ministerio de Ciencia e Innovación al ser una prioridad y objeto de ayuda incluyéndose en los “Proyectos de Ayudas de la Acción Estratégica en Salud”.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Organización y programación de la actividad quirúrgica del servicio, facilitando la distribución de las cirugías, en función de su complejidad y tiempo estimado.
? Visualización simultanea de la programación por varios miembros del servicio en diferentes ubicaciones.
? Codificación de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.
? Fiabilidad de los datos recogidos informáticamente por una mejoría en la legibilidad, orden y claridad de los datos.
? Facilidad de acceso a los datos y posibilidad de elaborar estudios de forma rápida y práctica.
? Agilización en la recogida de datos para estadística sanitaria hospitalaria, disminuyendo la dificultad en la interpretación de los datos.
? Conocimiento de la demora actual para realizar un proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Reunión del grupo de trabajo para diseño del libro de programación quirúrgica.
? Definición de variables y plataforma informática para el desarrollo del programa.
? Puesta en marcha del libro informático.
? Evaluación y control del funcionamiento del mismo y solución de los problemas surgidos.
? Implantación definitiva de la programación quirúrgica del servicio a través del soporte informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Porcentaje de pacientes incluidas en el programa informático.
? Listado de errores detectados en el manejo y su incidencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Reunión y diseño del libro antes de Diciembre de 2016.
? Inicio de la programación quirúrgica en Enero 2017.
? Tras 3 meses de prueba se realizará una primera evaluación para detectar errores y buscar soluciones.
? A los 6 meses se volverá a reevaluar y se comprobarán los indicadores establecidos.
? Al año informe final.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

Proyecto: 2016_0828 ()

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0836 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO ASISTENCIAL EN GESTANTES CON OBITO FETAL MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACION EN DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

2. RESPONSABLE ..... MARTA RODRIGUEZ LEON
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES OROS MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· FUENTES ULIAQUE CARMEN PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· FUSTERO ORTIZ CRISTINA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· LORDA ABADIAS MARIA ESTHER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· SANCHEZ GIL MARTA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· TEBAN PONCE MARIA VANESSA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El concepto de muerte intrauterina en la gestación es amplio, engloba pérdidas de muy diferente número de semanas gestacionales.
* Muerte fetal temprana (aborto): comprende fetos de menos de 22 semanas de gestación o menos de 500 g. de peso. Se refiere, por tanto, a los abortos.
* Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos de entre 22 y 28 semanas de gestación o entre 500 y 999 g. de peso.
* Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales de más de 1000 g de peso o de más de 28 semanas de gestación completas.
* Muerte neonatal precoz: la muerte ocurre antes de los 7 días postnatales (menos de 168 horas).
AL sufrir una pérdida (ni el peso del niño ni la edad gestacional van a tener implicación en la intensidad del dolor que van a sufrir esos padres) se ponen en marcha una serie de mecanismos que conforman el proceso de elaboración del duelo. Este duelo no constituye una enfermedad en sí misma, sin embargo, su evolución puede derivar en un curso patológico.
La experiencia de los padres y la evidencia científica, afirman que el trato y atención que reciben los padres por el equipo obstétrico es determinante en la evolución posterior del duelo y que cuando se ha actuado adecuadamente, el recuerdo de la experiencia por los padres puede ser tan reconfortante que da luz a sus vidas.
Si bien es cierto que en el caso de aborto precoz (antes de la semana 12) el proceso asistencial está bien sujeto a protocolos hospitalarios actualizados,la muerte fetal temprana, intermedia y la muerte fetal tardía (a partir de la semana 28), así como la neonatal precoz, sufren una atención con notable variabilidad asistencial, unido esto a la baja incidencia del problema resulta una esporádica atención que dificulta la coordinación entre profesionales.
Estas dificultades repercuten en la paciente y su familia, ya que pueden recibir informaciones contradictorias, recibir actuaciones de forma repetida que les resultan dolorosas o, incluso, dejar de recibir alguna que pudiera ser pertinente.
También afecta a los profesionales, siendo su reacción el factor modificable que más pueda afectar al proceso. Nos solemos centrar en la esfera física, evitando la implicación psicológica, pues, por nuestra escasa formación sobre el tema, nos puede llevar a experimentar fracaso, resentimiento o sensación de culpa. Así intentamos controlar nuestra ansiedad evitando la situación. Los profesionales sanitarios demandan más formación.
En 2014 se registraron 22 casos en nuestro hospital, 30 casos en 2015 y alrededor de 16 casos a fecha 30/09/2016. Se podría decir que nos enfrentamos a la posibilidad de más de dos casos al mes, frecuencia que debe ser tomada en cuenta y, por tanto, impulsar la puesta en marcha de este programa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL: Elaborar un protocolo asistencial dirigido a gestantes con muerte fetal intrauterina para desarrollar en Dilatación, Paritorios y Despertar.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
* Crear una herramienta de trabajo útil que normalice la atención y cuidados de los profesionales.
* Maximizar la información prestada a pacientes y familiares.
* Incrementar la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un algoritmo visual y de sencilla interpretación, acompañado de una serie de anexos en los que se detallarían:
* El concepto obstétrico, psicológico y asistencial de muerte fetal.
* Una relación detallada de los diferentes supuestos, según la edad de gestación a la que se produce la muerte fetal, y lo que implican a nivel obstétrico, psicológico y asistencial.
* Las posibles variantes que pueden surgir de la generalidad, según la voluntad de la familia respecto a las diferentes opciones ofrecidas por el sistema sanitario.
* Los momentos adecuados, para cada parte del proceso.
Participación en el proyecto de profesionales que mayoritariamente prestan sus servicios en Dilatación, Paritorios y Despertar.
Presentación del documento en el Servicio citado.
Realización de encuestas a los diversos profesionales sobre la comprensión, utilidad y satisfacción respecto al protocolo.

Proyecto: 2016_0836 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO ASISTENCIAL EN GESTANTES CON OBITO FETAL MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACION EN DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Reunión para valoración global y actualización posterior.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia del protocolo en el Servicio
Difusión entre los profesionales implicados
Utilidad percibida por los profesionales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO: noviembre 2016 a febrero 2017
ELABORACIÓN DEL ALGORITMO: marzo 2017
DISTRIBUCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL SERVICIO: abril 2017
ENCUESTA SOBRE UTILIDAD A PROFESIONALES: mayo 2017
RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS: junio 2017
MEDIDAS CORRECTORAS DE PROBLEMAS DETECTADOS: septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0864 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

2. RESPONSABLE ..... SILVIA MARTINEZ SUÑER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ LAZARO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PASCUAL MANCHO JARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUSTIN OLIVA ANDREA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LABORDA GOTOR RAMIRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PUENTE LUJAN MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ VALLE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GENETICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El test prenatal no invasivo (NIPT) es una prueba de cribado prenatal realizada en sangre materna que analiza el ADN libre del feto y detecta las trisomías más frecuentes: T21, T18 y T13.No es una prueba diagnóstica y ante un resultado positivo se debe confirmar con una prueba invasiva.
El grado de fiabilidad es del 99,9% para T21 con menos del 0,1% de falsos positivos. La especificidad y sensibilidad es superior al 99% para la detección de las trisomías citadas anteriormente.
Actualmente, las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías sobre la semana 12 para realizar la primera eco y un cálculo individualizado del riesgo de cromosomopatía. Al finalizar la ecografía, se calcula el riesgo de trisomía 21 y 18 para esa gestación mediante el programa informático “LyfeCicle” de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal.
Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón)
. Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.
. Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal para realizar una prueba invasiva. Igualmente se envía a esta consulta si existe una anomalía ecográfica o antecedentes que forman parte de las indicaciones de prueba invasiva.
. Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT. Actualmente, se les envía a la consulta de Diagnóstico Prenatal para la solicitud del mismo. Crea ansiedad y preocupación y debemos citarla en días sucesivos en otra nueva consulta para añadir información, lo que aumenta la incertidumbre creada en la paciente y las explicaciones confusas.
.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se centra en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias.
Al solicitar el NIPT, debemos proporcionar una información sobre: Significado, cromosomas que estudia, enfermedades que producen sus alteraciones, interpretación y tiempo de obtención del resultado. Para simplificar la información verbal se elaborará una hoja informativa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este proyecto requiere la colaboración de todos los facultativos de la Unidad de Ecografías y del Servicio de Genética.

Tras solicitar en NIPT la paciente acude al Servicio de Genética donde son asesoradas y se les entrega un consentimiento informado sobre la prueba. Este Servicio comunica el resultado. En los casos de alto riesgo de crosomopatía, son ellos mismos los que remiten a la paciente a la consulta de Diagnóstico Prenatal.
Actualmente, el tiempo estimado para realizar la ecografía, el cálculo de riesgo y crear el informe es de 20 minutos. Al introducir la solicitud del NIPT, debemos ajustar el número de pacientes para disminuir tiempos de espera y así reorganizar las agendas liberando carga asistencial de Diagnóstico Prenatal.
Para monitorizar los resultados obtenidos, se creará una base de datos que recoja todas las solicitudes de NIPT. Se asume que habrá circunstancias en las que, por antecedentes maternos o reproductivos o por marcadores ecográficos patológicos, la paciente se seguirá enviando a Diagnóstico Prenatal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador principal: Número total de gestantes a las que se le solicita la realización de NIPT directamente desde la sala de ecografías (actualmente la solicitud del NIPT supone aproximadamente el 8% de la población gestante de nuestro área)
Indicadores secundarios: Base de datos creada con información sobre: porcentaje de solicitudes de NIPT y resultados normales y patológicos, confirmación y falsos positivos del NIPT (T21, T18 y alteraciones de los cromosomas sexuales), falsos negativos si los hubiera.
Nuestro objetivo es lograr un 90% de las solicitudes y, teniendo en cuenta un 8% de realización actualmente de NIPT, la consecuente disminución del número de pacientes citadas por este motivo en la Consulta de Diagnóstico Prenatal.

Proyecto: 2016_0864 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 1 de Noviembre del 2016
Finalización 31 de noviembre de 2017.
CRONOGRAMA
. Reunión informativa con los facultativos de la Unidad de Ecografías para explicar el proyecto y con el Servicio de Génetica por ser parte implicada en el NIPT.
. Enseñar a solicitar el NIPT a todo el personal facultativo que realiza ecografía del primer trimestre
. Crear hoja informativa para las pacientes
. Reajustar la agenda de ecografías aumentando el tiempo de realización de la ecografía del primer trimestre.
. Creación base de datos para monitorizar las solicitudes
. Contabilizar la disminución de pacientes vistas de primer día por este motivo en Diagnóstico Prenatal

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0935 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GENETICA
· HÖRNDLER ARGARATE CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTIN SACO GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ROC ALFARO MARIA LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· DELGADO BELTRAN MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ENVID LAZARO BLANCA MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El óbito fetal del segundo y tercer trimestre de la gestación, es un suceso que aunque infrecuente, tiene consecuencias dramáticas para la embarazada y todo su entorno. La descoordinación y gran variabilidad en su manejo y estudio posterior, así como la falta de empatía con el profesional encargado de su asistencia hace que sobre el duelo inherente al proceso, se sobreañada una insatisfacción hacia la asistencia recibida y hacia los resultados poco o nada concluyentes de los estudios para conocer la causa del problema. En estos momentos, no más de un 20% de los estudios, acaban en resultados aceptables en la identificación del motivo de la muerte fetal. La ausencia de un soporte informático para la recogida y almacenamiento de datos, que actualmente se recoge de forma manual, hace que sea complicado la elaboración de estadísticas sobre las actuaciones y resultados posteriores

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mediante el manejo coordinado de todos los profesionales implicados en su asistencia, la sistematización del estudio y la empatía con el duelo familiar por el suceso, se pretende un aumento en la satisfacción de la usuaria y en la identificación de las posibles causas del óbito
La elaboración de una base de datos acorde al protocolo, permitirá la recogida y tratamiento eficaz de los datos relacionados con el proceso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo coordinado con los distintos Servicios/Unidades implicados en la asistencia de este tipo de pacientes.
Elaboración de protocolo y coordinación: José Manuel Campillos Maza
Revisión y adecuación de apartados correspondientes a su especialidad:
José Puzo Foncillas, Mª Pilar Delgado Beltrán, Lourdes Roc Alfaro, Gloria Martín Saco, José Ignacio González Hevia, Carlos Hörndler Aragate
Modificación y adecuación de la información transmitida a la paciente y sus familiares directos: José Manuel Campillos Mazaç
Elaboración de base de datos correspondiente: José Manuel Campillos Maza y Blanca Envid Lázaro
Recogida de datos y análisis posterior: Blanca Envid Lázaro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo. Se obtendrán de las historias clínicas mediante hojas de control elaboradas para estos fines y de la base de datos
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte fetal. Se determinará y revisará en las comisiones de mortalidad periódicas realizadas en el centro, introduciendo resultados en la base de datos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción
Consensuado con los distintos Servicios/Unidades: octubre de 2016
Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA: noviembre de 2016
Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología: en dependencia de aprobación del protocolo. Previsión en noviembre de 2016.
Elaboración de base de datos: noviembre de 2016
Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: noviembre-diciembre de 2016
Comienzo de utilización de base de datos: diciembre 2016
Evaluación del proyecto: primera comisión de mortalidad perinatal de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2016_0935 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0973 ()

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA ROY RAMOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORQUE IBAÑEZ AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· YAGÜE MORENO HORTENSIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DEL TIEMPO MARQUES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO URUEÑA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REDRADO GIMENEZ OLGA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A pesar de todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, el número de IVES en nuestro país sigue siendo elevado, en el año 2014 se han registrado 94.769 intervenciones según los datos facilitados por los centros donde se llevan a cabo. En el 90% de los abortos voluntarios realizados, el motivo es la decisión de no ser madre en ese momento.
Para prevenir las interrupciones voluntarias de embarazo de repetición es preciso realizar un buen consejo contraceptivo que contemple tanto el ámbito familiar, socio-económico y cultural como la educación sexual y reproductiva de la mujer.
Desde la consulta especializada de Planificación Familiar, ubicada en el CME Ramón y Cajal, que atiende a las pacientes del los Sectores I y II, ofrecemos información de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, buscando el más adecuado en cada caso y en función de las necesidades concretas de cada paciente.
Consideramos que la gestión para poder acceder a esta consulta de forma rápida y fácil es fundamental, especialmente para las pacientes con antecedente de uno o mas IVES, porque a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos meses reorganizando la consulta y aplicando distintos métodos para reducir la lista de espera, continua existiendo una demora para poder lograr cita en consulta superior a 6 meses.
Por todo lo anteriormente expuesto, hemos decidido realizar este proyecto para facilitar el acceso de a las pacientes que realizan IVE a la consulta de Planificación Familiar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar consejo contraceptivo PRECOZMENTE, a las mujeres con IVE, en una situación especial de vulnerabilidad.
Ofrecer la posibilidad de acceso a un método anticonceptivo de largo plazo (LARC) financiado como los dispositivos intrauterinos, implante o gestágeno inyectable, de forma inmediata una vez realizada la IVE.
Realizar una prevención primaria de los embarazos no deseados para tratar de disminuir las IVES de repetición.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Facilitar el acceso de las pacientes a las que se ha realizado una IVE a la consulta especializada,COF Planificación Familiar.
Para agilizar el acceso a la consulta se ha diseñado un sistema de citación preferente en la consulta para aquellas pacientes que lo deseen tras la IVE.
Diseño de un modelo de cita preferente (se adjunta el modelo elaborado).
Las pacientes que solicitan IVE son remitidas a atención al paciente donde se les da toda la información del procedimiento.
Para coordinar la citación posterior en la consulta de Planificación Familiar, desde atención al paciente, como parte de la documentación entregada a las pacientes se incluirá el modelo-solicitud de citación preferente elaborado en este proyecto, para poder ser atendidas en un periodo máximo de 15-30 días.
"SOLICITUD DE CITACIÓN: Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.
El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.
Este documento debe llevarlo a la consulta médica.
Servicio de Ginecología"

SOLICITUD DE CITACIÓN

Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.

El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

Este documento debe llevarlo a la consulta médica.

Proyecto: 2016_0973 ()

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Servicio de Ginecología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para tener más información de las pacientes con IVE se elaborará una base de datos informatizada donde recoger los datos de llegada y evolución posterior de las mismas, así como el método anticonceptivo escogido tras la interrupción:
Nº de pacientes canalizadas mediante el nuevo sistema de citación preferente.
Tiempo transcurrido desde la solicitud de citación hasta llegada a consulta.
Nº de métodos LARC solicitados y aceptados por las pacientes con IVE previo.
Nº de pacientes que realizan más de un IVE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dar comienzo al proyecto desde el 01/11/2016, llevando a cabo un seguimiento del mismo y reevaluación de los datos según las fechas señaladas a los 6 y 12 meses respectivamente.

9. OBSERVACIONES.
En general e independientemente de si el manejo del IVE es médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente casi cualquier método anticonceptivo, teniendo en cuenta el perfil de la usuaria o sus limitaciones por la categoría en su indicación.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA EMBARAZO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0974 ()

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

2. RESPONSABLE ..... HORTENSIA YAGÜE MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARSA MANRESA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. ATENCION ESPECIALIZADA
· ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COTAINA GRACIA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO URUEÑA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ SADA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Al hacerse cargo el Servicio de Ginecología de la Consulta de Planificación Familiar en Noviembre de 2015 se estudiaron los datos de demora en Primera Visita y Revisiones resultando inaceptables para una atención de calidad al constatar > 1 año de demora para primera consulta. (2200 mujeres y más de 500 días de lista de espera). La causa fundamental había sido la reducción del número de consultas de Planificación Familiar en los años previos, pasando de tener cuatro consultas en diversos centros del Sector II a una única consulta en el CME Ramón y Cajal. La importancia de dicha consulta es crucial porque se hace cargo de la Planificación Familiar de todo el Sector II y además del Sector I de Zaragoza. La utilidad del Proyecto reside en dar una adecuada atención en materia de Salud Sexual y Reproductiva a la población que la demanda, comenzando por reducir la lista de espera en la Primera Visita. Se observa además una alta tasa de mujeres que no acuden a su cita (olvido tras un año de la solicitud, anticoncepción ya solucionada, cambio de domicilio etc..), problema al que también se necesita dar solución para un adecuado rendimiento de la consulta.
Con la implantación del Programa de Atención a la Anticoncepción en Aragón, se pretende además, tener una adecuada comunicación y distribución de las competencias con A. Primaria para una mejor atención a estas usuarias

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora.
Disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cambio en la citación de la agenda: Aumento del número de primeras visitas

Depuración de la lista de espera a través de llamada telefónica:
Determinar las necesidades de las mujeres en la lista para su correcta citación en atención primaria o especializada.
Detección de las mujeres que no piensan acudir a la cita para sacarlas de la lista de espera.

Elaboración de informes para derivar a Atención Primaria las revisiones de AH, DIUs e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Reducción de la Lista de Espera de primera visita
Reducción del número de fallos en acudir a primera visita en consulta
Número de mujeres derivadas a consulta de Atención Primaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Noviembre de 2016
Cribado telefónico de la lista de espera
Elaboración de modelo de informes para derivación-información a Atención Primaria
Elaboración de estadística de la consulta para evaluar los datos de:
- Evolución de la lista de espera
- Evolución de las ausencias en la asistencia a primera visita
- Derivación a A.Primaria

Fin Noviembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0974 ()

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Salud Sexual y Reproductiva
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0992 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

2. RESPONSABLE ..... PABLO TOBIAS GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRAS BERMEJO SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ RAMOS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
No existe actualmente una formación reglada en el servicio de Ginecología y Obstetricia en cirugía laparoscópica. Asociaciones internacionales recomiendan la capacitación progresiva y mantenimiento de habilidades mediante ejercicios en simulador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las habilidades del personal del servicio (facultativos y residentes) que no realiza de forma habitual cirugía laparoscópica.
Disminuir con ello los tiempos quirúrgicos y la incidencia de complicaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de grupos de trabajo tutorizados por personal del servicio con experiencia acreditada en cirugía laparoscópica.
Permitir la realización de los ejercicios de forma periódica a todo el personal del servicio.
Realización de ejercicios siguiendo las recomendaciones de sociedades internacionales (ESGE…) de forma progresiva por niveles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Medición y comparación de los siguientes indicadores:
- Cumplimiento de los ejercicios por parte del personal del servicio.
- Tiempo y errores a lo largo del tiempo en la realización de los ejercicios por parte del personal.
- Tiempos quirúgicos de las cirugías laparoscópicas no oncológicas (quistectomías, anexectomías…)
- Tasa de lesiones y complicaciones intraoperatorias (lesiones vasculares, ureterales e intestinales) e las cirugías laparoscópicas no oncológicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Iniciación antes de fin de año de los ejercicios, a ser posible 1 de noviembre.
Programación de manera que todo miembro del servicio pueda acudir una vez por mes.
Continuidad indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1021 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... CESAR RODRIGO CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DEL TIEMPO MARQUES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BARRAS BERMEJO SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA PATOLOGIA DEL SUELO PÉLVICO, INCLUYENDO PROLAPSO E INCONTINENCIA URINARIA ES UNA PATOLOGÍA MUY PREVALENTE EN NUESTRO MEDIO, PUDIENDO LLEGAR A FECTAR A UN TERCIO DE LAS MUJERES EN ALGÚN MOMENTO DETERMINADO DE SU VIDA.
ESTA PATOLOGIA SUPONE UNA IMPORTANTE MERMA EN LA CALIDAD DE VIDA, PUDIENDO CAUSAR ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS, ASI COMO INTERFERIR CON LA ACTIVIDAD DIARIA INCLUYENDO LA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO FISICO, SOCIAL Y SEXUAL.
EN LA EVALUACION CLINICA DE LAS PACIENTES REMITIDAS A LA CONSULTA DE SUELO PELVICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA SI SON SEXUALMENTE ACTIVAS, SINO LO SON DEBEREMOS INVESTIGAR SI LA INACTIVIDAD SEXUAL PUEDE ESTAR RELACIONADA CON SU PROBLEMA DE SUELO PELVICO.
ASI MISMO CUANDO VALOREMOS LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS, DEBEMOS TENER EN CUENTA Y DEBEMOS EVALUAR EL PUNTO DE VISTA DE LA PACIENTE EN CUANTO AL IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA DEBIDO AL TRATAMIENTO APLICADO Y SU RELACION CON LOS CAMBIOS EN LOS SINTOMAS URINARIOS, ANORECTALES Y SEXUALES.
POR ESTE MOTIVO ES NECESARIO PODER DISPONER Y PODER APLICAR CUESTIONARIOS ADECAUDAMENTE VALIDADOS SIGUIENDO UNA TECNICA ESTANDARIZADA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
NUESTRO OBJETIVO ES APLICAR UN CUESTIONARIO VALIDADO TANTO EN LA EVALUACION INICAL DE LAS PACIENTES QUE VAN A PRECISAR UN TRATAMIENTO QUIRURGICO POR PROLAPSO GENITAL O POR INCONTINENCIA URINARIA, COMO EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ESTAS PACIENTES, UNA VEZ INTERVENIDAS.
NUESTRO PRINCIPAL OBJETIVO ES CONOCER (SIEMPRE QUE LA PACIENTE ASÍ LO DESEE), LA FUNCION SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA REPARACION QUIRURGICA DEL PROLAPSO GENITAL Y/O DE LA RAPARACION QUIRURGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE BANDA SUBURETRAL TRASNSOBTURADORA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
EL METODO VA A CONSISTIR EN LA APLICACION DE UNA ENCUESTA VALIDADA PARA EL ESTUDIO DE LA FUNCION SEXUAL: EL PISQ-12.

OFRECEREMOS LA APLICACION DE DICHA ENCUESTA A LAS PACIENTES EN LA CONSULTA EN LA QUE DECIDIMOS QUE DICHA PACIENTE REQUIERE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO, BIEN POR PROLAPSO GENTIAL (DEL COMPARTIMENTO QUE SEA), BIEN POR INCONTINENCIA URINARIA.
ESTA CONSULTA ES LA CONSULTA NUMERO 8 DE LOS MIERCOLES, DONDE SON CITADAS LAS PACIENTES CON PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR PRINCIPAL: NUMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS / NUMERO DE PACIENTES INTERVENIDAS POR LA PATOLOGIA REFERIDA DE SUELO PELVICO. NOS VA A INDICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA. DE LAS PACIENTES INTERVENDIDAS EXCLUIREMOS A AQUELLAS QUE NO QUIEREN REALIZAR LA ENCUESTA.
INDICADOR SECUNDARIO: NÚMERO DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA REALIZACION DE LA ENCUESTA/ NUMERO DE PACIENTES A LAS QUE SE LA OFRECE: NOS PUEDE INDICAR LA PERTINENCIA Y LA ACEPTABILIDAD DE LA PRUEBA POR PARTE DE NUESTRO GRUPO DE PACIENTES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INCIO EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2016.
PRIMERA EVALUACION: A LOS 6 MESES DEL INCIO: DONDE VALORAREMOS LA PERTINENCIA DE LA ENCUESTA, LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LAS PACIENTES Y LA INFORMACIÓN DESPRENDIDA DE LA MISMA.
SI LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION SON SATISFACTORIOS CONTINUARIAMOS CON LA RECOGIDA DE DATOS DE LA ENCUESTA MINIMO UN AÑO CON EL FIN DE PODER PUBLICAR RESULTADOS

9. OBSERVACIONES.
SERIA MUY INTERESANTE PODER DISPONER DE APOYO INFORMATICO (ORDENADOR PERSONAL O NOTEBOOK) CON EL FIN DE AGILIZAR LA RECOGIDA DE LOS DATOS EN LA CONSULTA. A FECHA ACTUAL NO HAY NINGUN DISPOSITIVO DE ESTAS CARACTERISTICAS EN NUESTRO SERVICIO DE GINECOLOGIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

Proyecto: 2016_1021 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1022 ()

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DE SALUD DE ARAGON – ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VICENTE GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADIEGO CALVO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUBIO CUESTA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARTAL TEJEDOR ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FERRANDO VIÑOLA SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Asociación de Mujeres Aragonesas de Cáncer Genital y de Mama
(AMACGEMA) nace en 1994 con el objetivo de ofrecer espacio de apoyo y una atención biopsicosocial a la mujer afectada por dicha patología.

VOLUNTARIADO HOSPITAL “AMACGEMA”

Dirigido a mujeres recién intervenidas de cáncer de mama en Zaragoza. La función que se desarrolla es la de crear un espacio de identificación de la mujer intervenida con otra que ya ha
superado la enfermedad. En dicha visita, la voluntaria hace entrega un sujetador adaptado y una “Almohada de corazón” que sirve de apoyo para descansar el brazo tras haber sufrido una extirpación ganglionar.
Por otro lado, en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, en su capitulo II (Del derecho a la intimidad y a la confidencialidad), se recoge lo siguiente:
- Articulo 11.
1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Igualmente tiene derecho a que nadie que no se encuentre autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.
3. Toda persona tiene derecho a preservar la intimidad del cuerpo con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.
4. Los centros asistenciales deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a los que se refierenlos apartados anteriores (...)

En el capitulo III

- Articulo 12.
1. Cualquier intervención que se produzca en el ámbito de la salud requiere el consentimiento específico y libre de la persona afectada (...)
2. Se efectuará un consentimiento informado para cada supuesto (...)

Por lo tanto, siendo conscientes de la labor inestimable de la asociación, creemos que esta visita hospitalaria debe estar regulada dentro de la legislación vigente y creemos necesaria la instauración de un consentimiento informado específico, por escrito, para la visita de estas voluntarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto es adecuar las visitas de las
voluntarias de AMAC-GEMA a la legalidad vigente con la elaboración de consentimiento informado.
Mejorar la información aportada a las pacientes con respecto a la asociación AMACGEMA.
Cuantificación del efecto/beneficio de la visita en la paciente.
Cuantificación de las pacientes que aceptan la visita

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de documento de consentimiento informado (Vicente-
Adiego).
Elaboración (Villalobos-Adiego) de encuesta de satisfacción para poder cuantificar el impacto en la paciente y familia de la información recibida y de la intervención (visita realizada). La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".
Recogida de Consentimientos informados y encuestas(Elena Artal y Silvia Ferrando)
Monitorización de cumplimiento de visitas tras firma de consentimiento informado (Artal-Ferrando).
Indicador de cobertura/aceptación (Rubio)

Proyecto: 2016_1022 ()

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DE SALUD DE ARAGON – ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Procesado de datos (Colmenarejo)
Contacto con la Asociación AMAC-GEMA (Marcuello)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Antes de la visita de la voluntaria, el personal se cerciorará
de que la paciente haya firmado el consentimiento informado. Se cuantificará a cuantas pacientes se les había entregado el documento.
Tasa de aceptación: no consentimientos favorable a la visita / total de consentimientos entregados.
Tasa de consentimiento informados dados previos al ingreso hospitalario: no de consentimientos en consulta preoperatoria/no total de consentimientos
Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numérica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre de 2016. Reunión para valorar los puntos a tener en cuenta al elaborar el consentimiento y ealización del documento.
2 de Noviembre: Inicio de entrega.
1 Diciembre: primera evaluación de resultados: evaluación del no de consentimientos entregados y pacientes que aceptan la visita..
A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.
Al año, promover la puesta en marcha de estudio/publicación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Confidencialidad, intimidad

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1025 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

2. RESPONSABLE ..... MARIA VANESSA TEBAN PONCE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUQUE CARRO RAQUEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CHECA DIEZ MARIA ANGELES. MATRONA. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· SUBIRON VALERA ANA BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FERRER ALCON PATRICIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ SORBE CRISTINA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En las recomendaciones de la “estrategia para la salud sexual y reproductiva” se aconseja a las mujeres que elaboren un plan de parto para poder reflexionar acerca de sus deseos y expectativas del parto, aumentar su información acerca de las diferentes
opciones y asi conseguir el empoderamiento de la mujer y su satisfacción con el parto.
La estrategia también aconseja que sea realizado conjuntamente con su matrona de atención primaria. Sin embargo, en nuestra practica diaria nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales en su plan de parto, aconsejadas por personal no sanitario, y con un sentimiento de hostilidad hacia el personal hospitalario.En proyectos anteriores, citábamos a las parejas individualmente, sin embargo nos parecía que se podrían beneficiar de la interacción entre otras parejas similiares, informando a las parejas de la realidad del servicio de paritorios del hospital Miguel Servet, creando un vinculo previo al dia del parto con el hospital, aumentando la confianza y la información, mejorando la calidad
asistencial y un mejor resultado de un proceso asistencial tan importante. En años anteriores hemos comprobado un aumento de la demanda, atendiendose de 2013 al 2015 134 familias.
En las evaluaciones realizadas en años anteriores las parejas nos reflejaban la ausencia de una estructura o espacio especifico donde disfrutar su parto de bajo riesgo y poder adoptar medidas antialgicas en intimidad, como darse una ducha caliente o disponer de un entorno amigable para poder adoptar distintas posiciones como se refleja en la arquitectura integral de maternidades editada por el ministerio de Sanidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto.
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Fomentar el empoderamiento de la mujer en su propio proceso de parto.
Ajustar las expectativas de la gestante a la realidad del servicio de paritorios.
Aumentar la información de la gestante acerca de las distintas opciones para que puedan tomar decisiones adecuadamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Informar a las matronas de atención primaria de las reuniones y del circuito de acogida.M Angeles Checa
Creación de un circuito de derivación, donde las mujeres se puedan poner en contacto con nosotras y les informemos de las reuniones Raquel Luque, Ana Subirón y Vanesan Tebán
Creació.n de una hoja de evaluación Patricia Ferrer y Javier Gallego
Busqueda de una espacio donde llevar a cabo las reuniones: Cristina Perez y Patricia Cebrián.
Busqueda Alternativas para facilitar un entorno amigable con el parto de bajo riesgo Todos
Realización de una reunión de periodicidad variable con un grupo de parejas 4 o 5, para resolver dudas conjuntas del plan de parto, revisar planes de parto particulares, explicar protocolos y estructura del centro.Todas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de al menos 8 reuniones anuales.
Creación de una encuesta que se pasará al finalizar las reuniones para valorar la satisfacción de las usuarias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación del circuito de derivación de las usuarias octubre 2016.
Encontrar un espacio donde realizar los encuentros, octubre 2016
Creación de una hoja de evaluación de las reuniones noviembre 2016
Información de las matronas de atención primaria en la reunión noviembre 2016
Inicio de las reuniones diciembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio

Proyecto: 2016_1025 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0422 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES EN CIRUGIA OFTALMICA

2. RESPONSABLE ..... PILAR CALVO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA ALVAREZ BEATRIZ. MIR. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· GUTIERREZ RUIZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· FERRERAS AMEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· BARTOL PUYAL FRANCISCO. MIR. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PABLO JULVEZ LUIS EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· RUIZ MORENO OSCAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· ABECIA MARTINEZ EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El 30% de los pacientes oftámicos estan antiagregados y más del 5% anticoagulados. El 95% de los procedimientos quirúrgicos oftálmicos se realizan con anestesia tópica y regional. Al discontinuar la antiagregación existe un riesgo del 30% de eventos cardiovasculares mayores y un 5% de muerte. Al discontinuar la anticoagulación, existe un riesgo de ACV de un 5%. La literatura demuestra que, ante procedimientos quirúrgicos oftálmicos (catarata, retina, glaucoma y oculoplastia) los beneficios de continuar la antiagregación/anticoagulación superan a los riesgos (hemorragia retrobulbar, hemorragia en el procedimiento quirúrgico que tenga consecuencias en el resultado). A día de hoy, no existe consenso en el manejo de estos pacientes. Con este proyecto de mejora queremos consensuar un protocolo para el manejo de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Protocolo de manejo antiagregación/anticoagulación en cirugia de catarata.
- Protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugia de retina.
- Protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugia de glaucoma.
- Protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugia de oculoplastica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dra Calvo: supervisión de todo el trabajo y coordinar todos los componentes. Recogido de indicadores de resultados.
Dra Abadía, Dr Ruiz: búsqueda bibliográfica de todas las cirugías oftálmicas.
Dr Ferreras, Dr Abecia: Realización protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugía de retina.
Dr Gutierrez: Realización protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugia de catarata.
Dr Bartol: Realización protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugía oculoplastia.
Dr Pablo: Realización protocolo de manejo antiagregacion/anticoagulacion en cirugía de glaucoma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº pacientes que siguieron uso procolo antiagregación/anticoagulacion en cirugía de catarata/total pacientes antiagreados/anticoagulados
- Nº pacientes que siguieron uso procolo antiagregación/anticoagulacion en cirugía de retina/total pacientes antiagreados/anticoagulados
- Nº pacientes que siguieron uso procolo antiagregación/anticoagulacion en cirugía de glaucoma/total pacientes antiagreados/anticoagulados
- Nº pacientes que siguieron uso procolo antiagregación/anticoagulacion en cirugía de oculoplastia/total pacientes antiagreados/anticoagulados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Noviembre 2016
Busqueda bibliografica: noviembre-diciembre 2016
Elaboración protocolos: enero-febrero 2017
Aplicación protocolo a partir marzo 2017
Recogida de resultados hasta septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IDOIPE CORTA MIRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· SATUE PALACIAN MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· MATEO OROBIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ VALVERDE GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PABLO JULVEZ LUIS EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
-Necesidades detectadas:
El número de pacientes que se someten a un trasplante de córnea en nuestra Comunidad Autónoma ha ido en aumento. A pesar del esfuerzo realizado en formación, actualización de procedimientos y asistencia clínica, este incremento en el número de queratoplastias no ha ido acompañado de una disminución en las listas de espera quirúrgica, sino de todo lo contrario. Un alargamiento de los tiempos de espera que a principios de este año 2017, era de más de 12 meses. Plazos que no consideramos aceptables.
-Causas:
La incorporación en la cartera de servicios de las nuevas técnicas de queratoplastia lamelar (endotelial y lamelar anterior) con resultados anatómicos y funcionales superiores. Se ha producido un aumento de las indicaciones de los médicos oftalmólogos y de la demanda de la población. La disposición asistencial por parte del Servicio es máxima. Pero existe un claro factor limitante, la falta de disponibilidad de tejido corneal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-La finalidad del plan no es alcanzar un número determinado de donaciones de córneas o de implantes, sino conseguir la autosuficiencia de córneas.
-Homogeneización de los procedimientos.
-La autosuficiencia, conlleva una disminución del tiempo de listas de espera, mediante la programación sistemática de queratoplastias cada semana.
-La homogeneización conlleva un mantenimiento y mejora de la calidad del proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas para lograr los objetivos.
1. Promoción de la donación de córneas, tanto a nivel de la población general y de los profesionales sanitarios. ?
2. Promoción donación de córneas a nivel interno del Hospital.
La detección de posibles donantes procedentes de las plantas de hospitalización.
Determinar la Planta o Unidad Hospitalaria más adecuada para la detección del donante cadáver (Muerte cerebral / Asistolia)
Formación para detectar causas de exclusión generales o específicas del tejido corneal ?
3. Formación y sensibilización de los equipos extractores.
La extracción será llevada a cabo por personal entrenado para ello (Residente de Oftalmología)
4. Elaboración de protocolos conjuntos.
5. Mejoras en el circuito de comunicación Hospital-Banco de tejidos de referencia.
6. Optimización de listas de espera: según prioridad y técnica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados:
% pacientes intervenenidos en menos 6 meses LE
% pacientes intervenidos en menos de 4 meses LE
% paciente documentos completos
% pacientes cornea utilizada sin defectos
(nºinjertos donantes/ nº queratoplastias realizadas sin complicaciones propias del injerto)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración proyecto: 2 años.
Inicio proyecto: Mayo 2017.
Reuniones coordinación trasplantes + elaboración de protocolos y documentos: 3 meses.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián,
Formación personal: 3 meses.
Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.
Inicio del programa continuado de cirugía de queratoplastias:
2 queratoplastias x semana x 18 meses = 144 procesos.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián, Antonio Mateo Orobia, Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.

Proyecto: 2016_1406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Evaluación proyecto: 4-6 meses.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián. Antonio Sánchez Pérez.
Fin proyecto: Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.
Destacar el alto valor intrínseco que dentro de la organización tiene el trasplante de córnea. Supone para muchos pacientes la ultima opción terapéutica en su posible recuperación visual. Incluye como en todos los trasplantes un acto generoso de donación desinteresada que no se puede cuantificar. Es un proceso de alto coste y que necesita equipos con experiencia para obtener buenos resultados. Finalmente recordar que involucra numerosos profesionales y de diferentes instituciones (Banco de Tejidos, Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes y Servicio de Oftalmología).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2016_1407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTOAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ABADIA ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· LARROSA POVES JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· IDOIPE CORTA MIRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· SATUE PALACIAN MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· MATEO OROBIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PABLO JULVEZ LUIS EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ VALVERDE GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
• Muchos enfermos sometidos a cirugía ocular usan anticoagulantes y/o antiagregantes para disminuir el riesgo de sucesos aterotrombóticos tromboembólicos especialmente aquellos con FA, IAM y el ACV.
• 28% AAS, 2% clopidogrel y >5% anticoagulantes.
• Cuando se retiran no hay que pensar sólo en que no existe el efecto del fármaco sino que además existe mayor reactivación plaquetaria y trombótica (efecto rebote), además de efectos proinflamatorios y protrombóticos de la cirugía.
• El impacto económico de la sustitución del tratamiento también ha de ser tenido en cuenta

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Racionalizar y estandarizar el protocolo de antiagregación y anticoagulación en cirugía oftalmológica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cambio en el protocolo de manejo de antiagregantes / anticoagulantes en el perioperatorio de cirugía oftalmológica

Organización comité intersección / reunión con anestesia / redacción protocolo / puesta en marcha

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con terapia sustitutoria
Porcentaje de cumplimiento.
Porcentaje de pacientes sin complicaciones hemorrágicas oculares.
Porcentaje de pacientes sin complicaciones sistémicas hemorrágicas asociadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio junio 2017 comité Servicio
Fin Diciembre 2017

Plan comunicación página web / mailing Servicios de oftalmología y anestesia

9. OBSERVACIONES.
Recordar que el proceso quirúrgico más frecuente en nuestro entorno y con excelentes resultados funcionales es la cirugía de catarata.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ARTAL CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actividad de la práctica médica asistencial requiere cada vez más la cumplimentación de informes y de formularios electrónicos. Ello redunda en una mayor calidad de la atención por el registro más fidedigno de la información y por su mayor accesibilidad a través de la intranet.
Ambas actividades de requieren mucho tiempo y precisan un manejo ágil del teclado del ordenador. Derecho en nuestro servicio la demora en la realización de informes no impere no urgentes (por ejemplo informes de éxitus o solicitudes de informes de incapacidad) tiene un retraso considerable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La posibilidad de utilizar un sistema de reconocimiento de voz para agilizar este proceso permitiría reducir el tiempo que se le dedica y utilizarlo la atención directa de los pacientes.

El proyecto incluiría la implementación de uno de estos sistemas dentro del servicio. Debería ser utilizado tanto en los pacientes hospitalizados como en los atendidos en la consulta de hospital de día y en la consulta externa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Es posible, al igual que existe en otros servicios centrales, que poner en marcha un sistema de reconocimiento de vos basado en la web de forma que permita el dictado de informes.
Todos los médicos del servicio tanto de plantilla como residentes podrían utilizar el sistema. Su participación sería voluntaria.
La implementación del programa puede ser global o paulatina de forma que se cree inicialmente un grupo de trabajo formado por médicos que evalúe la utilidad del sistema y sus limitaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a utilizar para controlar la implementación del programa sería analizar el número de informes realizados, el número de visitas en las que se realicen informes y la demora en su realización (por ejemplo la cumplimentación de informes de exitus).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto comenzaría en el primer trimestre el año 2017 y se prevé un periodo de 6 meses de edad de adaptación y puesta en marcha definitiva.

9. OBSERVACIONES.
la descripción del proyectos muy somera y no he incluido otros miembros el servicio por limitaciones de tiempo. No obstante, Todos estamos de acuerdo en que en un sistema de estas características es muy necesario para agilizar y mejorar la atención a los pacientes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0256 ()

1. TÍTULO

"SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS, EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA "HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA."

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS JORDAN BENAVENT
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANADON LAZARO EULALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· MARTINEZ ALFONSO FATIMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GRACIA MARCO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· AGUILAR GIMENO RITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· PALACIN MARTIN PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· PALOMAR VALERO MIGUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los errores de medicación y sus consecuencias, constituyen un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones, no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan desconfianza de pacientes en el sistema y dañan a los profesionales.
Los fármacos antineoplásicos se incluyen dentro del grupo de "medicamentos de alto riesgo" ya que pueden causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.
Esto hace que todo el personal de enfermería involucrado en el manejo de pacientes en tratamiento con quimioterapia debe ser extremadamente competente en el manejo seguro de estos fármacos.
En la actualidad se están implantando sistemas que ayudan a los profesionales durante su práctica diaria a minimizar el riesgo de cometer errores.
Una manera de mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo es disponer de protocolos detallados y explícitos específicos de la unidad de enfermería donde se van a aplicar. Los protocolos son especialmente útiles en quimioterapia, ya que los esquemas de tratamiento con estos medicamentos son complejos y cambiantes, lo que facilita la aparición de errores.
El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado a la plantilla, pueda realizar de manera segura un proceso que no le resulte familiar.
La falta de protocolos estandarizados en la administración de fármacos quimioterápicos en nuestra unidad justifica la necesidad de creación de una guía actualizada y de fácil manejo que haga realidad un proceso de enfermería seguro y eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:
• Desarrollar acciones que promuevan el uso seguro de los fármacos antineoplásicos con el fin de prevenir errores en el proceso de conservación, preparación y administración.

Específicos:

• Unificar criterios de actuación en el manejo seguro de fármacos.
• Diseñar, consensuar e implantar una guía para el manejo de fármacos antineoplásicos por parte del personal de Enfermería que se utilizan habitualmente en el hospital de día de oncología.
• Proporcionar formación al personal de enfermería de nueva incorporación.
• Mejorar las expectativas y satisfacción de los profesionales de Enfermería que se incorporan a la unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación de un grupo interdisciplinar (Enfermería y Farmacia).
- Revisión bibliográfica sobre la seguridad en el manejo de fármacos antineoplásicos.
- Consenso y elaboración de la guía para el manejo de fármacos en el hospital de día de oncología para el personal de Enfermería.
- Realización de sesiones formativas para el personal de Enfermería de nueva incorporación:
Entre los conocimientos y habilidades a adquirir:
• Los principios básicos de la quimioterapia, incluyendo los mecanismos de acción, métodos de dosificación, planificación y administración.
• Los efectos adversos y toxicidad asociada a la quimioterapia, incluyendo la identificación temprana, la monitorización continua y los principios de la prevención y del manejo de los mismos.
• Los principios del manejo seguro de la quimioterapia.
• La preparación y almacenamiento de la medicación quimioterápica así como las vías de administración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el Hospital de Día de Oncología para enfermería.
- nº profesionales de enfermería de Hospital de Día que conocen el protocolo/ total de profesionales de enfermería de Hospital de Día.
- nº se sesiones de formación realizadas en el Hospital de Día.
- nº de profesionales de enfermería del Hospital de Día de nueva incorporación formados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0256 ()

1. TÍTULO

"SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS, EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA "HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA."

- Definición de un grupo interdisciplinar- Octubre 2016
- Revisión bibliográfica – Noviembre-Diciembre 2016
- Elaboración guía – Enero 2017 – Marzo 2017
- Sesiones formativas – Coincidiendo con la nueva incorporación de profesionales (Julio y Diciembre)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ANTON TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTAL CORTES ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· ALVAREZ IÑAKI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· MARQUEZ MEDINA DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· COMÍN ORCE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· NUÑO ALVES ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· GUALLART CALVO MARIA REYES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes oncológicos cada vez son más añosos. Una de las principales causas del incremento de la incidencia del cáncer es el envejecimiento. Aragón tiene una de las mayores esperanzas de vida al nacer del Estado Español.
Los tratamientos oncológicos, sobre todo la quimioterapia, aumento sus efectos adversos conforme se incrementa la edad. Muchas funciones vitales, están deterioradas por el propio envejecimiento, como es el caso de la función renal, donde la edad es un componente crítico a la hora de calcular el aclaramiento renal. Esta situación, hace que tengamos que ser muy cuidadosos a la hora de seleccionar que pacientes se pueden beneficiar de recibir un tratamiento con quimioterapia.
Actualmente hay publicaciones en las que se demuestra la utilidad de realizar una valoración geriátrica mínima, para seleccionar estos pacientes y poder prever los posibles beneficios / riesgos de los diferentes tratamientos oncológicos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Analizar de forma retrospectiva el impacto de la edad en el beneficio / riesgo de los tratamientos oncológicos, haciendo hincapié en la quimioterapia. Revisaremos el número de tratamientos realizados según diferentes edades: > 70 años; >75 años y >80 años, con la intención de analizar la importancia del tema. Para ello, usaremos la base de datos del programa de prescripción de quimioterapia intravenosa (Hospiwin) y revisaremos los datos de prescripción de fármacos orales (Pacientes externos) del Servicio de Farmacia.
Revisar la literatura mas reciente al respecto y seleccionar los test más adecuados para detectar los niveles de riesgo.
Por último, implementar dichos test en la población anciana seleccionada, para determinar prospectivamente el riesgo de complicaciones y tomar decisiones respecto a la utilidad de los tratamientos oncológicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración geriátrica mínima en todos los pacientes mayores de 75 años que sean vistos por el Servicio de Oncología y vayan a recibir tratamiento con quimioterapia.
Revisión bases de datos prescripción quimioterapia del Servicio de Oncología Médica, de los 2-3 últimos años (2014-2016) para valorar el impacto de la edad en oncología.
Revisar la bibliografía más reciente para seleccionar los test más adecuados para ayudarnos en la proyección del riesgo / beneficio del tratamiento oncológico en estos pacientes.
Establecer una consulta específica de Oncogeriatria, en la que se atenderían los pacientes oncológicos >75 años y en la que se realizaría la evaluación geriátrica mínima, para la toma de decisiones. Esta consulta necesitaría el apoyo de personal de enfermería entrenado para realizar los test.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de pacientes >75 años vistos en la consulta de Oncogeriatría / Nº pacientes >75 años totales vistos en Oncología. El primer año, estableceríamos el 50% como objetivo, que debería ser del 75% en el 2º año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Análisis retrospectivo (3 meses): Irene Torres, Ana Comín, Pilar Felices y Ana Nuño, liderados por Ángel Artal y Antonio Antón.
Revisión bibliográfica y selección test (3 meses): Iñaki Álvarez, Diego Márquez, Eugenia Ortega, Eduardo Polo, Ángel Artal y Antonio Antón.
Formación enfermería en geriatría (1 mes)
Fase prospectiva: Ultimo trimestre 2017. Incorporación enfermera con formación en geriatría y puesta en marcha consulta Oncogeriatria: Dres. Iñaki Álvarez y Eugenia Ortega

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ANTON TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MARTINEZ TRUFERO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello, representan un número importante en la actividad asistencial de ambos Servicios (Oncología Médica y Radioterápica). Un numero cada vez mayor, requieren ser tratados con quimioterapia y radioterapia de forma concomitante o secuencial.
Cuando estos pacientes son derivados desde los Servicios quirúrgicos: ORL y Cirugía Maxilofacial, tras ser comentados en el Comité de Tumores, conlleva realizar 2 citaciones de primer día, una en Oncología Médica y otra en Oncología Radioterápica.
En muchas ocasiones, cuando es visto en un servicio, todavía no ha sido visto en el otro, lo que conlleva grandes dificultades organizativas y de coordinación, pudiendo incluso llegar a “extraviarse” algún paciente.
Igualmente, una vez finalizados los diferentes tratamientos, el seguimiento de estos pacientes es realizado en los dos Servicios, además de en los Servicios quirúrgicos correspondientes. Esta situación, en ocasiones duplica exploraciones y visitas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer una Unidad Funcional Oncológica de Tumores de Cabeza y Cuello, en la que estos pacientes serían vistos de primer día de forma conjunta por las dos especialidades, evitando discrepancias y descoordinación en el planteamiento terapéutico. Se evitaría duplicar las visitas a estos pacientes (solo un primer día y no dos) y se intentaría coordinar el inicio del tratamiento. Así mismo, y en dependencia de las dificultades para comenzar el tratamiento RT (listas de espera), indicaríamos la posibilidad de comenzar con quimioterapia de inducción, previa a la RT, dependiendo de la situación y urgencia de cada una de las situaciones.
Posteriormente, plantearemos continuar con un seguimiento (revisiones) coordinado (alternante) para evitar duplicaciones de visitas y exploraciones y si se diera la oportunidad, que fuese en un área común y con agendas unificadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación agenda única para visitar a este tipo de pacientes, en el que habría espacio para 1as visitas y para seguimiento.
Uso de 2 despachos contiguos en consultas externas: uno de ellos perteneciente a oncología médica y el otro a oncología radioterápica.
Designar “responsable” cuya función será citar las 1as visitas, revisar el correcto funcionamiento de la Unidad, realizar la memoria anual y reunirse con los responsables de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica para mantenerles informados de la actividad y posibles necesidades.
Creación Unidad Funcional de Oncología Médica y Oncología Radioterápica para atender a este tipo de pacientes (Pacientes oncológicos diagnosticados de tumores de cabeza y cuello) de forma unificada y coordinada, tanto para los primeros días, como para el seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero 1as visitas de tumores de cabeza y cuello en la Unidad Funcional / Numero de 1as visitas de cabeza y cuello vistos en cada servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planteamiento consulta conjunta previa visita al ICO para valorar su programa de Unidades Funcionales (Tumores de Cabeza y Cuello – TCC) a finales del mes de junio 2017.
Selección ubicación ambos despachos, donde se llevará a cabo las visitas.
Formación personal auxiliar en la dinámica de la consulta.
Creación agenda única unidad funcional TCC (septiembre 2017)
Carta informativa a los diferentes Servicios del Hospital, informándoles de la creación de esta Unidad Funcional y del inicio de su actividad a partir del 1 de octubre 2017.

9. OBSERVACIONES.
Los despachos y auxiliares de enfermería ya existen en cada Servicio. Hay que realizar los ajustes necesarios para que coincidan en el tiempo ambas consultas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0296 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

2. RESPONSABLE ..... AGUSTINA MENDEZ VILLAMON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MIRANDA BURGOS ANABELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· JIMENEZ ALBERICIO JAVIER. FISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· VAZQUEZ SANCHO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MUÑOZ SAENZ ENCARNA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· ARRABAL MARTINEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma UNE-EN ISO 9001 desde el año 2012
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Oncología Radioterápica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Desarrollar las áreas de mejora detectadas en la Auditoria interna de 17/03/2016 y Rev por la Dirección (28-04-2016).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Inclusión en todos los consentimientos informados, la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado.
Desarrollar un checK-List de seguridad (firmado por el profesional que lo cumplimenta) a los procedimientos de braquiterapia y RIO
Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola incialmente con el Sº de Urología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
•Se revisaran los consentimientos informados y se añadira en todos ellos: la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado. Así como en los de nueva creación. Responsable: Dra. Puertas
•CheckK-List de seguridad para RIO. Responsable: Cristina Vazquez
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia Ginecológica Responsable: Dra. Miranda.
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR Responsable:Yolanda Arrabal
•Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola incialmente con la colaboración del el Sº de Urología. Responsable Dra. Méndez

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Consentimientos informados el indicador será que el 100% de los consentimientos informados esten actualizados en un periodo de 6 meses.
•CheckK-List de seguridad para RIO.El indicador sera la realización del mismo y puesta en marcha.
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR sera la realización del mismo y puesta en marcha
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia ginecologica sera la realización del mismo y puesta en marcha.
•Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor el indicador será la creación y puesta en marcha en colaboración con el Sº de Urología
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Segumiento semestral
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Proyecto: 2016_0296 ()

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0327 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PUERTAS VALIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· JIMENEZ ALBERICIO JAVIER. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GASCON FERRER MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· PUEYO PODEROS ANA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· VIÑAS BERNAL EVA MARIA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La irradiación de los tumores de pulmón requiere una adecuada delimitación del volumen tumoral a tratar, teniendo en cuenta la necesidad de irradiar la lesión con un margen de seguridad tanto por enfermedad microscópica como por el movimiento respiratorio, entre otros factores, que hace que los volúmenes a tratar sean amplios y los riesgos de efectos secundarios importantes, dado que en un alto porcentaje de casos estos pacientes tienen problemas respiratorios (EPOC). Incluso, este problema en ocasiones, conlleva la necesidad de administrar tratamiento quimioterápico de inducción, con la finalidad de reducir el tamaño tumoral e incluso rechazar el tratamiento de radioterapia.
Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento, más exacta, minimizando la dosis en el pulmón sano y organos de riesgo así como su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con:
- unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar
- el empleo de técnicas que permitan una irradiación (IMRT) más conformada y
- sistema de comprobación de imagen (IGRT) en el propio acelerador
A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema de inmovilización, denominado Body-FIX.
En inicio, para el conocimiento de este sistema y su empleo en la práctica, es necesario una formación adecuada del personal técnico, conocer su utilidad, realización específica de la preparación así como su colocación en el acelerador y la interpretación de los datos objetivados con el sistema IGRT SYMMETRY.

Hemos considerado como proyecto de mejora la elaboración de un protocolo de utilización del sistema Body-FIX, claro y sencillo, así como el establecimiento de una serie de sesiones de formación al personal correspondiente de su utilización, haciendo especial hincapié en el razonamiento de su uso y de las ventajas que aporta, que sumado al empleo del sistema SYMMETRY, esperamos se traduzcan en la aplicación de tratamientos cada día más precisos y seguros, minimizando los efectos secundarios. Todo ello supondría tratar un mayor número de pacientes con mayor seguridad y precisisón, y menor toxicidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el empleo del sistema de inmovilización Body-FIX en el acelerador Elekta, con capacidad para hacer IGRT 4D gracias al dispositivo Symmetry, diseñado especialmente para tumores de tórax, logramos la adquisición de imágenes 4D correlacionadas anatómicamente en el momento del tratamiento, pudiendo visualizar el movimiento respiratorio y hacer las correcciones necesarias online.
Así se comprueba que el tumor está en la posición prevista o, si no es así, el equipo informa de los movimientos necesarios que se deben realizar al paciente para que el tumor quede en el lugar exacto respecto a lo planificado previamente .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Esta llamativa mejora en la calidad de los tratamientos de radioterapia administrados al paciente supone un incremento en el tiempo de preparación y colocación del paciente, así como en las comprobaciones que a diario son necesarias, con evidentes ventajas en precisión y calidad así como en seguridad.
En principio, una vez llevado a cabo la formación, pretendemos hacer extensivo a un subgrupo de pacientes con cáncer de pulmón, el uso de este sistema, estableciendo una comparativa de :
- reducción del movimiento respiratorio con la inmovilización
- tiempos de preparación frente al tratamiento estándar .
- tiempos requerido para el tratamiento en el acelerador.

Lo que el proyecto pretende es establecer un método de trabajo y planificación de la actividad que permita emplear esta técnica evidentemente en todos los casos de cáncer de pulmón y si es factible, en el resto de pacientes sometidos a irradiación torácica con fraccionamientos estandar, garantizando una mayor precisión y seguridad durante la administración del tratamiento, con visualización directa del tumor durante toda la irradiación, con disminución evidente de las toxicidades secundarias, al controlar un factor importante en la necesidad de emplear campos amplios: el movimiento del tumor durante el ciclo respiratorio.
En la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto están implicados y es precisa la colaboración y trabajo de distintos estamentos (médicos, físicos, técnicos de radioterapia), todos los cuales pretender encontrar con

Proyecto: 2016_0327 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

este proyecto una mejora sustancial tanto en la calidad del tratamiento como en los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Tiempo de preparación del sistema para planificar el tratamiento.
2) Tiempo de colocación del paciente y tratamiento en el acelerador.
3) Toxicidad aguda del paciente durante el tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará en inicio a lo largo de un año, estableciendo el tiempo necesario para el tratamiento de los pacientes, la necesidad de reposicionar, los efectos secundarios agudos y crónicos en relación con radioterapia, así como y el grado de satisfacción y comodidad del paciente,

9. OBSERVACIONES.
Este mismo sistema nos permite comprobar en el momento del tratamiento que el volumen tumoral a tratar es equivalente a lo planificado. En caso contrario, nos permite llevar a cabo las modificaciones necesarias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0593 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA GIMENO HERNANDEZ
· Profesión ..... TECNICO DE RADIOTERAPIA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLA GAZULLA DAVID. FISICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GARGALLO HERRERO MARIA JESUS. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· VIÑAS BERNAL EVA MARIA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los últimos progresos experimentados en la Oncología Radioterápica han contribuido a desarrollar la Radioterapia Estereotáxica, que constituye en la actualidad un campo muy atractivo, ya que es una forma de radiación muy precisa, permitiendo la aplicación de dósis elevadas de radiación en una ó pocas sesiones al tumor y mínimas a los tejidos sanos circundantes, mediante sistemas de coordenadas y condiciones de gran exactitud espacial, de modo que es posible tratar lesiones en poco tiempo y con un perfil de efectos secundarios tolerables.

El uso de estos esquemas de fraccionamiento hoy en día son una realidad dado el desarrollo de los equipos de diagnóstico por imágen, de los Aceleradores Lineales modernos, los avanzados sistemas de planificación de tratamiento radiante y los sistemas de inmovilización.

Por tanto, es una condición indispensable irradiar volúmenes blanco limitados con una gran precisión, evitando al máximo la exposición de los tejidos y órganos normales para obtener resultados terapéuticos favorables con un mínimo de complicaciones.
Para ello es imprescindible un adecuado sistema de posicionamiento e inmovilización del paciente para la optimización del tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Contribuir con nuestra intervención a:
-Minimizar los errores intrafracción e interfracción, tanto aleatorios como sistemáticos que se producen en el posicionamiento.
- Maximizar la exactitud del reposicionamiento y las estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento, logrando que sea lo más riguroso y fiel a lo que anteriormente se ha proyectado en la simulación y/ó TAC y en el estudio dosimétrico de cada paciente.
-Obtener el grado de excelencia y nivel técnico, los cuales permiten administrar dósis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios, lo cual contribuirá en gran medida a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A la hora de posicionar al paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia vamos a hacer uso, previa indicación del facultativo especialista en oncología radioterápica, de unos dispositivos de fijación: las barras de indexación, que permiten fijar los sistemas de inmovilización usados hasta el momento (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico…) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación(origen Tac)
Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)
Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación)
Para cada paciente y tras cada sesión se va a realizar una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.
Así mismo, los resultados obtenidos podrán compararse con los indicadores de otros pacientes en los que no se haya utilizado el sistema de indexación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El estudio comenzará en Octubre del 2016 (a partir de la presentación de este proyecto de mejora) y finalizará en Diciembre del 2016.

CRONOGRAMA:
Diariamente los técnicos procederán a:
-La indexación de los sistemas de inmovilización durante el posicionamiento de los pacientes con tratamiento estereotáxico.
-Verificación de imágenes tras el posicionamiento y antes de la administración de tratamiento.
-Registro de los datos obtenidos en cada sesión (XVI).

Al finalizar el tratamiento, facultativo y físico procederán a:

Proyecto: 2016_0593 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

-Analizar de los resultados obtenidos por paciente.
-Realizar una comparativa con los indicadores de pacientes en los que no se utiliza el sistema de indexación.
-Evaluación final y elaboración de un informe de resultados.

9. OBSERVACIONES.
El sistema de indexación también puede ser aplicable a los tratamientos radioterápicos convencionales (no estereotáxicos) en los que se utilicen sistemas de inmovilización indexables, pero hemos elegido la estereotaxia por ser la modalidad terapéutica en la que se admimistran dosis elevadas de radiación y requiere máxima precisión.

10. OTRO ENFOQUE. Proyecto de mejora en la calidad asistencial

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cáncer
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0633 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

2. RESPONSABLE ..... BLANCA GARCIA GIMENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ SANCHO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· CUARTERO CONEJERO ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MUÑOZ SAENZ ENCARNA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MOLINA OSORIO GUADALUPE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· IBAÑEZ CARRERAS REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MIRANDA BURGOS ANABELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la cirugía de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre la cavidad quirúrgica con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Su uso se ha descrito como sobreimpresión del lecho tumoral (boost) del tratamiento convencional de radiación externa, logrando un aumento de la dosis de radiación en el volumen tumoral, o como única modalidad de radioterapia en estadios limitados del cáncer de mama.

En la actualidad en el Servicio de Oncología Radioterápica se realiza la historia médica de 1º día de las pacientes candidatas a RIO, sin tener paso por la consulta de enfermería del propio servicio. Esto presenta varios problemas:

Ausencia de participación de enfermería en la valoración inicial de las pacientes que se someterán a este tipo de técnica, lo que disminuye el reforzamiento de conocimientos de la paciente acerca de la posible toxicidad secundaria y cuidados necesarios a realizar pre y postquirúrgicos sobre el área de tratamiento.

Con la implantación de la consulta se pretende solucionar estos problemas, estableciendo una valoración por parte del personal de enfermería, ya que como integrantes del proceso pueden contribuir a explicaciones más detalladas de todos los cuidados, así como a una valoración del estado de la paciente, no solo físico sino también emocional

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mayor conocimiento por parte de la paciente de todo el personal implicado en el proceso, así como dar la oportunidad a aclarar dudas y una valoración mucho más completa que abarque el aspecto no solo físico sino también emocional.
En el caso de que la indicación de RIO sea como boost conlleva una mejor preparación de la piel previo al inicio de la radioterapia adyuvante

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasaran por la consulta de enfermería, en donde se les hará una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico. Se explicaran detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía, en cual de ello deben incidir más, y dar la oportunidad a la paciente de expresar sus dudas y cómo se siente ante la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (Actual 0% - Esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (Actual 0% - Esperado 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desarrollo del contenido de los puntos a tratar en la consulta: Noviembre 2016
Implantación de la consulta de Enfermería: Noviembre 2016
Inclusión de las pacientes en la consulta de Enfermería: Diciembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2016_0633 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0824 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

2. RESPONSABLE ..... RAMON TERRE FALCON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ DELGADO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· RIVARES ESTEBAN JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ARTAL SANCHEZ RAQUEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SANCHEZ FERNANDEZ LUCIA SORAYA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hipertrofia de cornetes inferiores (HCI) se define como el aumento del tamaño de los cornetes inferiores que provoca obstrucción de las fosas nasales. Es una de las causas más comunes de obstrucción nasal y constituye la octava causa de cirugía en ORL. Las principal causa de hipertrofia de cornetes inferiores bilateral es la rinitis crónica en sus diversas formas: Rinitis alérgica crónica (es la causa más frecuente, existen más de 600 millones de alérgicos). Rinitis crónica No alérgica o Vasomotora. Rinitis medicamentosa. Rinitis durante el embarazo u hormonal (menstruación). Hipertrofia turbinal relativa en una nariz estrecha. En la mayoría de las ocasiones la hipertrofia de cornetes es controlada con tratamiento farmacológico.
El tratamiento médico más efectivo es la administración de corticoides tópicos (Ct) y antihistamínicos (Anh1). En el consenso de 2003 se determina que la única indicación de cirugía es el fallo del tratamiento médico. Pero existen una serie de ítems a tener en cuenta que son: 1. Que No existe consenso en la literatura de cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento médico. 2. El proceso quirúrgico ideal debe de reducir el tamaño de los cornetes conservando su forma responsable de la dirección y formación del flujo nasal, puesto, preservar sus funciones fisiológicas al mismo tiempo que disminuya al máximo las posibles complicaciones. 3. Que No existe consenso en una técnica especifica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Por todo ello consideramos esencial la elaboración de un protocolo terapéutico. Los objetivos de este son: Estandarizar el tratamiento médico y quirúrgico de la HCI. Disminuir la arbitrariedad ineterfacultativa de la indicación. Estandarizar los resultados en el tratamiento quirúrgico. Mejorar la eficiencia de las actuales técnicas quirúrgicas. Disminuir el número de reintervenciones. Disminuir el gasto sanitario en esta patología aplicando aquellas medidas terapéuticas que tengan mejor índice coste – beneficio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este protocolo tiene en cuenta la etiología subyacente a la HCI y el coste-efectividad del proceso quirúrgico. Es el siguiente:
En casos de rinitis aislada con criterios de CSI:
• HCI en rinitis alérgica: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anh1 orales durante tres meses más. 3. Tratamiento quirúrgico con AL o sedación en CSI: Radiofrecuencia. 4. Tratamiento quirúrgico con AG en CSI: - Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica. - Turbinectomía total o sección del nervio vidiano, si no mejora con turbinectomia parcial endoscópica
• HCI en rinitis medicamentosa / hormonal: Dejar el fármaco y utilizar spray con corticoides durante 3 meses. Si no mejoría o incapaz de dejar el fármaco planteamos cirugía con AL o sedación (radiofrecuencia)
• HCI en rinitis no alérgica / vasomotora: Evitación de desencadenantes (frio /calor/picante/ fármacos) + Ct durante tres meses.
• HCI por concha bullosa: Tratamiento quirúrgico con AG en CSI (turbinectomia parcial endoscópica).

En casos de rinitis asociada a otra patología que no cumplen criterios de CSI:
HCI en rinitis alérgica + IVN por dismorfia septal: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anh1 orales durante tres meses más. Tratamiento quirúrgico con AG e ingreso de ambas patologías: Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica + septoplastia.
HCI en rinitis alérgica + IVN por Poliposis nasosinusal: 1. Protocolo de cirugía en poliposis nasosinusal del HUMS. 2. En caso de que el paciente requiera de Tratamiento quirúrgico según nuestro protocolo: CENS para polipectomia a demanda y/o radical + Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Obtendremos una base de datos de cada uno de los pacientes con dicha patología, para ulteriores estudios de eficacia y eficiencia de los procedimientos terapéuticos realizados. En caso de hacer estudios posteriores se aplicaran los indicadores de coste efectividad y eficiencia más convenientes a las características del estudio aplicado. La monitorización de los resultados se realizara mediante: La realización de la encuesta NOSE, antes y después de la cirugía, que nos informara sobre el grado de mejoría subjetiva que el paciente percibe después de la aplicación del procedimiento terapéutico. La realización de rinomanometría antes y después de la cirugía, para comprobar de una manera objetiva la mejoría en la patología.

Proyecto: 2016_0824 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde inicio de proyecto en noviembre de 2016 hasta noviembre de 2017.
11/2016: elaboración de la base de datos y remodelación del protocolo.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto no incluye E. estadísticos iniciales pero si está proyectado realizarlos una vez obtenida la muestra de pacientes.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE EN EL HUMS

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE MIGUEL GARCIA FELIX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad relacionada con la infección del virus del papiloma humano (VPH) caracterizada por la aparición de lesiones de aspecto vegetante en el epitelio respiratorio que pueden afectar a una o ambas cuerdas vocales así como a cualquier otra localización de la vía respiratoria.
Se trata de una enfermedad crónica infrecuente (4,3 por cada 100.000 niños y 1,8 por cada 100.000 adultos), pero su coste económico es alto y puede ocasionar alteraciones emocionales en los pacientes y sus familiares. Muchos de los pacientes que la padecen deben someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas por su gran tendencia a la recidiva y las secuelas en la calidad de la voz pueden ser importantes. Existe un patrón bimodal de distribución por edades con 2 picos de edad: de 2 a 5 años y de 20 a 30 años. Existe un riesgo de malignización de las lesiones descrito en el 4% de los pacientes. A pesar de que las formas más agresivas de papilomatosis laríngea recurrente se dan en adultos, el diagnóstico antes de los 3 años de vida triplica el riesgo de necesitar más de cuatro procedimientos quirúrgicos por año y duplica el riesgo de afectación de dos o más lugares anatómicos.
El tratamiento estándar actual es exéresis quirúrgica completa de los papilomas y la preservación de estructuras normales. En pacientes con afectación de la comisura anterior o posterior con papilomas de alta agresividad, el objetivo debe ser asegurar la vía aérea preservando el tejido sano para evitar complicaciones como estenosis glóticas o subglóticas, o la formación de sinequias que reduzcan el espacio glótico. Aunque la cirugía de las lesiones es el pilar del tratamiento en la papilomatosis, algunas formas de tratamiento adyuvante son necesarias en al menos el 20% de los casos. Las indicaciones más ampliamente aceptadas para la aplicación de un tratamiento adyuvante son la necesidad de más de 4 procedimientos quirúrgicos por año, el rápido crecimiento de la papilomatosis con compromiso de la vía aérea o la extensión distal multicéntrica de la enfermedad. En la actualidad el tratamiento adyuvante más utilizado a nivel mundial es el cidofovir intralesional, aunque existe controversia en cuanto a la forma de administración y sus indicaciones.

En nuestro Hospital, el cidofovir como tratamiento adyuvante en la papilomatosis laríngea recidivante fue solicitado y aprobado en el año 2013 con resultados satisfactorios.
Con este proyecto trataremos de protocolizar el tratamiento de esta enfermedad basándonos en una revisión bibliográfica actualizada y nuestra experiencia en los últimos años. Se realizarán además revisiónes periódicas de los pacientes incluidos en el protocolo y se revisarán los resultados a largo plazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo.

b) Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento.

c) Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR)

Nº de pacientes diagnosticados de PLR incluidos en el protocolo de tratamiento.

Nº de pacientes libres de enfermedad

Nº de estudios completos de la calidad de voz de los pacientes incluidos en el protocolo antes y después del tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de protocolo y disfusión: noviembre y diciembre de 2016

Base de datos y seguimiento de los pacientes: Se realizará una revisión bianual de los pacientes incluidos en el protocolo a partir del año 2016.

Proyecto: 2016_1268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE EN EL HUMS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ LIESA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE MIGUEL GARCIA FELIX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FRAILE RODRIGO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PEREZ DELGADO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ELUALI MAHFOUD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· TERRE FALCON RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La reducción de la estancia hospitalaria aporta calidad en la atención al paciente y es mas eficente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir la estancia media de los pacientes programados para cirugía bajo anestesia general

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Servicio: Ingreso en el día de la cirugía.
Actividades:
Planificar y coordinar el circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL y Admisión.
Informar a todo el personal que participa en el proceso del ingreso del paciente de las modificaciones respecto del sistema actual de ingreso. Se informa al personal de planta, personal de consultas, personal de admisión y facultativos.
Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso.
Registro de incidencias
Evaluación de la puesta en marcha y propuesta de modificaciones tras un mes de funcionamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estancia media
Número de pacientes que ingresan el día de la cirugía programada

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se ha realizado la propuesta de circuito.
Se ha comenzado su implantación en este mes.
Evaluación de la implementación inicial en mayo 2017
Modificaciones del circuito de ingreso de los pacientes Mayo 2017
Aplicación definitiva.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DE TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

2. RESPONSABLE ..... JESUS FRAILE RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LEACHE PUEYO JAIME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GIL PARAISO PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLORENTE ARENAS EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace tiempo la Videonistagmografía ha constituido la prueba fundamental para el diagnóstico etiológico de los problemas que provocan Vértigo Periférico. Hace un tiempo se describieron y se comercializaron otro tipo de pruebas que vienen a reemplazar en muchos casos la realización de una videonistagmografía, como se trata del Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test -vHIT) que son más rápidas y menos agresivas, pero de las que no disponemos en el Hospital Miguel Servet.
Se ha producido un incremento progresivo de las solicitudes en los últimos años que este último año ha sido exponencial.
A todo ello debemos añadir que actualmente las pruebas diagnósticas para esta patología existentes en el HUMS son las únicas funcionantes y disponibles en toda la comunidad autónoma aragonesa.
Pretendemos con este proyecto mejorar el diagnóstico de los pacientes con síndrome vertiginoso, racionalizando la petición de las pruebas incluyendo un cuestionario clínico que mejora la orientación y permite aportar más en el informe del resultado de la prueba

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GLOBAL: Mejorar la atención en pacientes con síndrome vertiginoso
Objetivos específicos:
Diseño de un cuestionario de solicitud de VNG
Reducción del tiempo de demora para realizar VNG

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Procedimiento para la selección de las indicaciones, aumentando la calidad de la información necesaria para la interpretación de los resultados.
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Difusión por los Servicios de ORL de los Centros y Hospitales de la comunidad explicando los cambios y el protocolo diagnóstico de estos pacientes en la nueva situación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Tiempo de demora en realizar una prueba vestibular:

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se ha realizado la propuesta de diseño de impreso de solicitud.
Divulgación e implantación: abril y mayo 2017
Evaluación de la implementación en mayo 2017
Modificaciones junio 2017
Aplicación definitiva.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2016_1392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DE TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Proyecto: 2016_1395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS RELIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO VICENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARMEN SAMPERIZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLORENTE ARENAS EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLANO ESPINOSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VIVES ROCOMA EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· REBOLLEDO BERNAD LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la creación del espacio "audionautas" y la dotación con diverso material del mismo, podemos efectuar diversas pruebas de audición con diferentes grados de complejidad, que antes era imposible realizar en el HUMS. Es necesario documentar adecuadamente la realización de las pruebas de audiología infantil

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La creación de un nuevo modelo de registro, nos permitirá recoger en una sola hoja toda la información de las diferentes pruebas audiológicas practicadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Antes no disponíamos del equipamiento necesario, en consecuencia, no podíamos hacer pruebas audiológicas completas; este modelo de documentación de pruebas audiológicas será de nueva implantación en el HUMS.
Se va a diseñar de una manera muy sencilla, con muchas imágenes y muy poco texto. Así podrá ser rápidamente valorado por los especialistas que nos remiten a los pacientes, que al ser centro regional, son de múltiples centros hospitalarios (si bien, la mayoría de los niños se controlan en el Hospital Infantil).
Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuesto proyecto. Intentaremos consensuarlo con ellos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes que salen del espacio "audionauta" con el informe adecuado/ número de pacientes a los que realizamos las pruebas: >70% desde su puesta en marcha.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tener su diseño entre 1-VII-17 y el 30-IX-17 y comenzar su uso continuado tras ello.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2016_1396 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

2. RESPONSABLE ..... FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADIEGO LEZA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· EL UALI ABENIA MAHFOUD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SEVIL NAVARRO JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLANO ESPINOSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VIVES ROCOMA EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· REBOLLEDO BERNAD LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante el último trimestre del año 2016, a través del Comité de tumores de cabeza y cuello, se realizó la revisión y actualización de los protocolos de tratamiento del cáncer de laringe y faringe.

Procede, por tanto, garantizar la aplicación de los protocolos más actualizados en el tratamiento de los carcinomas faringolaríngeos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-El 100% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
-Más del 95% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos de HP Doctor.
- Más del 95% de los casos deben haber generado un informe en intranet, en la ventana otros informes, donde se recoja cada tratmiento aplicado y las carcterísticas de cada caso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Aplicar los protocolos revisados.
Tener un registro de los mismos.
- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
-Todos los jueves laborables del año se reunirá el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
-Se presentarán todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstco patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
-A cada paciente se le indicará el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y carcterísticas personales del paciente. Se consignará en la historia.
- A continuación se registrarán todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan recibir los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se generará un informe que quedará colgado en la historia de intranet del paciente, en “otros informes”, donde conste la filiación del paciente, las carcterísticas del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de Cy C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
-La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos
% de los casos deben haber generado un informe en intranet

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Divulgación entre los profesionales de los protocolos en el mes de mayo.
Inicio de las actividades descritas en junio de 2017.
Evaluación al final del año 2017.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1396 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_0254 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER HERNANDEZ PEREZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PARITORIOS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· GALE EDERRA IDOYA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las mujeres que dan a luz en nuestro hospital reciben educación para el cuidado de su salud y el de su bebé durante los 2-4 días de su ingreso hospitalario. Esta información es proporcionada diariamente por una matrona de forma oral e individualizada.
Las pacientes y sus familiares nos han comunicado en varias ocasiones la posibilidad de dar esta información por escrito porque muchas veces están cansadas tras el parto y no se sienten con capacidad de asimilar toda la información dada.
Además, la carga asistencial de la matrona es muy alta, ya que da educación a las puérperas de tres plantas hospitalarias, por lo que el tiempo destinado a cada mujer es limitado.
Por ello, hemos decidido que dicha información sea plasmada en un folleto informativo, que aunque no sustituya a la educación oral diaria, sirva para que la paciente y su familia pueda recordar todo lo que se le ha explicado y fije dichos conocimientos.
Además, dicha información servirá para que el personal de la planta se forme en cuidados puerperales, consiguiendo que todos los profesionales sanitarios que trabajan en dichas plantas aporten la misma información.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reforzar la Educación puerperal de las plantas de Puerperios del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboraremos un folleto informativo con las indicaciones para el cuidado tras el parto y puerperio, así como de los cuidados generales del recién nacido.
Dicha información será traducida al inglés, francés, rumano, árabe y chino, para conseguir abarcar a la mayor población no castellano parlante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A las puérperas se les realizará una encuesta en el momento del alta hospitalaria para conocer su valoración del folleto. Esta encuesta será llevada a cabo por la matrona del puerperio el primer lunes de cada mes durante el tiempo que dure el proyecto de calidad. Además, dicha encuesta recogerá sugerencias sobre nuevos temas a incorporar en el folleto informativo que serán evaluadas al finalizar el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre de 2016: Elaboración del folleto y su traducción a los diferentes idiomas, así como elaboración de la encuesta de evaluación.

- Desde 1 Diciembre de 2016 hasta 31 de Septiembre de 2017: Inicio del reparto de folletos informativos

- Reunión evaluadora del proyecto: Segunda quincena de Septiembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0419 ()

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ROYO VIÑADO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PARITORIOS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN GURRIA ISABEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ARNAL GARCIA MARTA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· MARTINEZ CARBALLO SOFIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN,… UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN.ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21’33%).
Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse.
En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de “traductores espontáneos”, quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural).
El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario.
En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas.
Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas.
En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan “colegas” en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León…) y otros que se pueden encontrar en internet.
Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteo el trabajo.
Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
-Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
-14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.
-Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
-Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
-Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.

Proyecto: 2016_0419 ()

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

-Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
-Diciembre: Impresión de los cuadernos.
-Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
-Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
-Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0017 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

2. RESPONSABLE ..... ARIADNA AYERZA CASAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ RAMON MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· JIMENEZ MONTAÑES LORENZO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PALANCA ARIAS DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los soplos cardiacos suponen un importante elemento diagnóstico para detectar la presencia de un defecto del corazón. Los soplos llamados inocentes o no patológicos se encuentran en un gran porcentaje de niños a lo largo de la edad pediátrica (50-96%). El diagnóstico erróneo de un soplo normal como patológico puede provocar efectos adversos psicológicos tanto en la familia como en el niño, con gran ansiedad familiar que aumenta el número de reconsultas. Por el contrario, no identificar el soplo patológico puede retrasar una intervención o tratamiento que sea vital para el paciente.
Dado que el soplo es fácil de auscultar con el fonendoscopio en la consultas de Atención Primaria y que la ecocardiografía es una técnica con elevada inocuidad, disponibilidad y resultados inmediatos, el soplo cardiaco constituye el primer motivo de derivación a la consulta de Cardiología Pediátrica.
Actualmente en nuestro hospital se atienden unas 1500-2000 primeras visitas anuales en la consulta de Cardiología Pediátrica, en la gran mayoría, el motivo de derivación es la auscultación de un soplo cardiaco. En los últimos años se ha creado una consulta de Alta Resolución que incluye: anamnesis, exploración física, realización de electrocardiograma y ecocardiograma, así como un informe al paciente y/o sus familiares con el resultado de las pruebas realizadas y el diagnóstico final, por lo que los pacientes que son derivados por soplo y se diagnostican de Soplo inocente son dados de alta con todas las pruebas complementarias realizadas en la primera y teóricamente única visita. Aunque se informa verbalmente a todos los padres y pacientes del carácter benigno del soplo cardiaco, sigue siendo un diagnóstico que genera gran ansiedad familiar. Además, dada la amplia cantidad de información que se aporta puede hacer que surjan dudas que hace que aumenten las reconsultas tanto en Atención Primaria como en la consulta de Cardiología Pediátrica. Por otra parte, el hecho de que los pacientes que llegan a consulta sean atendidos por diferentes profesionales, hace que la información aportada no siempre sea completamente homogénea.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aportar información suficiente para que los pacientes y/o sus familiares entiendan en qué consiste un soplo inocente.
- Proporcionar una información que sea excelente y uniforme acerca de la evolución del soplo inocente y de todas aquellas modificaciones que puedan aparecer en el transcurso del tiempo.
-Incrementar la seguridad en estos pacientes y/o sus familiares para poder dar el alta definitiva tras el estudio cardiológico.
- Con todo lo anterior se pretende disminuir el número de reconsultas que surgen por dudas y ansiedad familiar ante el diagnóstico de soplo inocente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes pediátricos derivados para estudio por soplo, que son atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica y que son diagnosticados de soplo inocente, que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya una explicación fácil de entender, modificaciones que pueden aparecer en el transcurso del tiempo y resolución de dudas habituales.
Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y se entregará junto con el informe de alta de consultas externas y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:?
- Revisión de las historias clínicas de los niños atendidos por soplo cardiaco en la consulta de cardiología pediátrica y diagnosticados de soplo inocente desde la implantación de este proyecto para comprobar que consta que se entrega la hoja de recomendaciones tras el alta de la misma.
- ?Comprobar que no se han producido consultas para resolución de dudas ante el diagnóstico de soplo inocente y que no se han reenviado pacientes por el mismo motivo desde las consultas de Atención Primaria tras la implantación del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

Proyecto: 2016_0017 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0167 ()

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIDADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

2. RESPONSABLE ..... MARTA FERRER LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MUÑOZ MELLADO ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ VIGIL CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes oncológicos presentan un elevado índice de secuelas endocrinológicas a corto, medio y largo plazo. Estas secuelas afectan tanto al crecimiento como al desarrollo puberal y al funcionamiento de otros ejes hormonales. Especialmente, los niños afectos de tumores cerebrales y sometidos a Cirugía y/o radioterapia son los que presentan las secuelas más importantes. Debido al aumento de incidencia de estos tumores en Pediatría y a que la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet es centro de referencia para Aragón, La Rioja y Soria, en los últimos años, ha aumentado el número de pacientes remitidos a consulta de Endocrinología Pediátrica por este motivo. Estos pacientes presentan una patología hormonal múltiple y compleja, que requiere mayor tiempo de atención y un seguimiento más exhaustivo. Por otra parte, es deseable coordinar las visitas de las consultas de Endocrinología y Oncología pediátricas para disminuir la frecuenciación de visitas hospitalarias y evitar desplazamientos a los pacientes que viven en otras ciudades o comunidades autónomas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realizar una consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral.
- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes.
- Aumentar el tiempo de visita dedicado por paciente.
- Realizar visitas conjuntas entre los especialistas de Endocrinología y Oncología Pediátrica.
- Disminuir el número de desplazamientos de los pacientes al hospital.
- Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Programar la consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral, junto con la Unidad de citaciones. Se realizará un miércoles de cada mes, siendo codificada como IENDONC en horario de 10:00 a 13:00 con 2 primeras visitas y 7 revisiones.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes. (Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta, Ascensión Muñoz, Carmen Rodríguez)

- Evaluar la actividad de la consulta durante el primer año de funcionamiento de la misma.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Analizar la actividad de la consulta al año de su implantación: revisión de número de pacientes atendidos, índice de primeras/sucesivas y tiempo de demora.
- Revisar en la base de datos de la consulta de Endocrinología Pediátrica la patología atendida: motivo de consulta, diagnóstico y tratamientos recibidos.
- Evaluar el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares mediante realización de encuestas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Apertura de agendas en el mes de septiembre de 2016, con realización de consulta monográfica mensual.
- Evaluación de la actividad realizada en septiembre de 2017.
- Realización de encuestas de satisfacción de forma sucesiva (según acudan los pacientes) desde junio a diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias

Proyecto: 2016_0167 ()

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIDADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0230 ()

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA
· PINILLOS PISON RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· TORRES CLAVERAS SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· CURTO SIMON BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoria Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0230 ()

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0261 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO GARCIA IÑIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· LIPE CLARES MARIA MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· ROYO LUCIA ANA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· MARTIN RUIZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GIL HERNANDEZ IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el año 2007, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza dispone de un grupo de mejora de Calidad Asistencial. Desde entonces, el grupo se ha mantenido vigente celebrando reuniones trimestrales, solucionando problemas según su aparición y realizando, todos los años, 2 líneas de mejora de calidad.
Creemos que éste es el momento de dar un paso más en la apuesta de esta Unidad por la Calidad Asistencial. Por ello, gracias al apoyo y visto bueno de la Unidad de Calidad Asistencial, al del Jefe de Servicio de Pediatría y a la Dirección del Centro, queremos comenzar este año el proceso para que nuestra Unidad reciba la certificación en Calidad UNE-EN ISO 9001.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El resultado que se espera obtener al finalizar el proceso es que la Unidad reciba la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Guiados por la Unidad de Calidad del Centro (UCA) compuesta por Juan Ramón García Mata, Víctor Manuel Solano Bernad y Marisa Vela Marquina, disponemos de un equipo humano ilusionado y estable en el que están representados diferentes estamentos de la Unidad.
Los principales responsables del grupo de trabajo son Juan Pablo García Iñiguez (Responsable de Calidad de UCIP), María Mercedes Domínguez Cajal (FEA), Paula Madurga Revilla (FEA), María Elena Fuertes Aragüés (Supervisora de Enfermería) y María Mar Lipe CLarés (Supervisora de Enfermería).
El proceso estará dirigido por la UCA con reuniones semanales/quincenales con los principales responsables del grupo de trabajo. En estas reuniones, la UCA expondrá líneas de trabajo y tareas a realizar que se realizarán por el equipo de la Unidad y serán corregidos en las siguientes reuniones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El principal Indicador será la obtención de la certificación UNE-EN ISO 9001 por parte de la Unidad.
Como otros Indicadores se establecen:
- Documentación de los procesos finalizada.
- Superación de Auditoría interna.
- Visto bueno de la Dirección.
- Superación de Auditoría externa por empresa especializada.

El seguimiento será realizado directamente por la UCA y por los responsables principales del proyecto en las citadas reuniones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El objetivo final es recibir la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017. Evidentemente, una vez recibida la acreditación, el grupo de trabajo seguirá activo con el objetivo de mantener y mejorar dicha acreditación año a año.

El calendario establece los siguientes puntos intermedio antes de la obtención de la acreditación:
- Diciembre de 2016. Fecha límite para tener escrita toda la documentación de los procesos.
- Febrero/Marzo de 2017. Auditoría interna.
- Abril/Mayo 2017. Visto bueno de la Dirección.
- Junio 2017. Auditoría externa por empresa especializada.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Las que requieran ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0261 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0301 ()

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

2. RESPONSABLE ..... RICHARD BERENGUEL LOVACO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· UNZUETA SALVADOR BEGOÑA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
· GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
· GORRIZ BARBERO ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
· JARNE NIVELA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
· BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
· MONGE FERRER MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA
· MUÑOZ MELLADO ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOPEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tratamiento actual del paciente pediátrico, con patología onco-hematológica, exige la utilización de pautas terapéuticas agresivas prolongadas en el tiempo, para las cuales el acceso venoso de vías periféricas va a producir un deterioro importante de la red venosa del paciente. Ante esta situación, es imprescindible someter a dichos pacientes a la implantación de catéteres venosos centrales de larga duración, como los catéteres tunelizados tipo Hickman y los catéteres totalmente implantados,tipo reservorio subcutáneos, catéteres que requieren ser insertados y retirados quirúrgicamente
Estos últimos constan de un reservorio que se coloca a nivel subcutáneo y que se sujeta a un catéter silástico colocado en una vena central. Existen diferentes clases de dispositivos, el más comúnmente utilizado es el sistema Port-a-cath ®, que está formado por un catéter de silicona o poliuretano pegado a un reservorio o puerto de titanio, acero inoxidable o polisulfona, con un septum de silicona con autocierre, que en su base posee orificios para su fijación en tejido celular subcutáneo.
El empleo del reservorio subcutáneo conlleva una serie de ventajas para el paciente que lo porta. Dichas ventajas son:
- Posible uso fuera del ámbito hospitalario permitiendo en muchas ocasiones recibir tratamientos en el propio domicilio del paciente sin necesidad de desplazamiento mejorando así su calidad de vida
- Menor riesgo de infecciones
- Utilización sencilla, segura y duradera proporcionando un acceso venoso rápido de mejor calidad.

A pesar de su eficacia como dispositivo, resulta esencial tanto para los profesionales como para los propios pacientes y familias mantener un preciso conocimiento sobre los cuidados de este tipo de catéteres, así como las posibles complicaciones que pueden derivar de su uso continuado y prolongado en el tiempo.
Dentro de este marco conceptual es imprescindible poder contar con una herramienta única para poder registrar los cuidados realizados en dicho catéter, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, lo que nos permitirá mejorar la continuidad y la seguridad en los cuidados en este tipo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:

? Garantizar la continuidad y la seguridad en los cuidados de los catéteres de larga duración, tipo reservorio, implantados en los niños con patología onco-hematológica

Específicos:

• Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas del mantenimiento y cuidados del catéter en el momento oportuno y de la forma apropiada.
• Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el cuidado del catéter reservorio subcutáneo.
• Orientar a padres, pacientes y profesionales de otro nivel asistencial sobre el manejo en la heparinización del catéter
• Contar con un único registro, que recoja todas las intervenciones realizadas, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario para mejorar la continuidad de cuidados.
• Evitar posibles situaciones adversas por mal control del catéter.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición del grupo de trabajo.

Responsable: Richard Berenguel Lovaco (Supervisor Oncopediatría)
Begoña Unzueta Salvador
Mª Angeles Gimenez de Azcárate León
Rosa María Gorriz Barbero
Cristina Jarne Nivela
Mª Esther Monge Ferrer
Ascensión Muñoz Mellado
Ana Cristina Barrios Guallar

Proyecto: 2016_0301 ()

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

- Revisión bibliográfica sobre los cuidados específicos del reservorio (mantenimiento, heparinización…).
Protocolo reservorio venoso, uso y mantenimiento “port a cath”.Comision de calidad de enfermeria.Distrito metropolitano de Granada.Servicio andaluz de salud. Julio 2008.
Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidados y Mantenimiento de Accesos Venosos de larga duración (Reservorios). Hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Junio 2012. (Consultado en Abril 2014). http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf.
Moreno T, del JL, Zurera L, Escalante E, González R, et al. Guía de cuidados de enfermería. [Guía de Internet] Donosti; Marzo 2012. [Disponible en: http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas]
Guía de control de reservorios, Hospital San Jorge Huesca.
- Consenso y elaboración de una cartilla para el paciente que sirva como registro único de los cuidados realizados en el catéter.
- Evaluación de la utilidad de este registro para profesionales y padres de este

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de una cartilla para el control de la heparinización de los catéteres de larga duración, tipo reservorio,para el paciente oncopediátrico.
- Nº de profesionales que consideran útil la herramienta
- Nº de padres que consideran útil la herramienta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2026
- Revisón bibliográfica –Diciembre 2016 – Febrero 2017
- Elaboración de la cartilla – Marzo 2017- Mayo 201
- Evaluación de la utilidad para padres y profesionales de oncopediatría- Septiembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0571 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO DE ARRIBA MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER LOZANO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· GRACIA ROMERO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· OLIVAN OTAL MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. PEDIATRIA
· LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA
· ARANA NAVARRO TERESA. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A día de hoy la telemedicina es una realidad que debe ser implantada paulatinamente en los hospitales. En el hospital Miguel Servet se ha puesto en funcionamiento un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada. En los últimos años se ha objetivado un aumento en las derivaciones a las consultas, lo que ha aumentado la demora en la atención a los pacientes en su primera visita. Por otra parte, se ha detectado que una parte de ellas podrían ser evitadas sin la necesidad de realización de una consulta presencial. Un estudio observacional retrospectivo de cohortes, revisando 2430 historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en Cirugía Pediátrica en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla desde septiembre de 2010 a enero de 2012, encontró una derivación evitable en el 44,28% de los niños (Cir Pediatr 2012; 25: 177-181).
En el hospital Miguel Servet el Servicio de Aparato Digestivo ha puesto en funcionamiento con éxito un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada por vía telemática. En el Hospital Infantil deseamos realizar y mejorar esta experiencia: se trata de que el Pediatra de Atención primaria exponga el caso y el especialista de Alergología, Endocrinología o Cirugía responda a la misma, dando recomendaciones sobre el seguimiento apropiado y estableciendo si es necesaria la realización de la consulta presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.
- Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.
- Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de una agenda de telemedicina-interconsultas, con periodicidad semanal, para las consultas de Endocrinología Pediátrica, Cirugía Pediátrica y Alergología Pediátrica. Cada interconsulta tendrá un tiempo estimado de 20 minutos y será contestada en un plazo máximo de 7 días (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- El proyecto piloto contará con la colaboración de 3 centros de Salud: C.S Sagasta, C.S. Amparo Poch y C.S San José. Para ello, se realizará formación específica en el manejo de la herramienta informática a los profesionales implicados en cada centro. Desde su implantación, dichos C.S. únicamente podrán derivar pacientes mediante este sistema (Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).
- Las interconsultas recibidas serán contestadas de forma razonada, incluyendo diagnósticos diferenciales apropiados a cada caso y pautas de recomendaciones y/o seguimiento en las diferentes patologías (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- Realización de encuesta de satisfacción tanto a los profesionales de AP, como a los hospitalarios. (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo, Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Se analizará el número de interconsultas recibidas por cada Centro de Salud y Pediatra, tiempo medio de respuesta, motivos de consulta y diagnósticos.
- Número de pacientes atendidos de forma presencial/Número de interconsultas recibidas.
- Valoración del tiempo de demora en la primera visita, respecto a los datos del año previo.
- Evaluación del grado de satisfacción de los profesionales mediante encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre-diciembre 2016: creación de agenda de telemedicina-interconsultas y elaboración de las recomendaciones por patologías.
- Noviembre-diciembre 2016: formación de los pediatras de AP en el uso de la herramienta.
- Enero 2017: inicio de la consulta de telemedicina.
- Junio 2017: evaluación de la actividad realizada y de la satisfacción de los profesionales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Proyecto: 2016_0571 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades Endocrinas, alergológicas y quirúrgicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0598 ()

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

2. RESPONSABLE ..... LORENA MONGE GALINDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDO MARTINEZ RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· FUERTES RODRIGO CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LOPEZ PISON JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PEÑA SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la Unidad de Neuropediatría y Metabolismo del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza disponemos de tres herramientas de enorme utilidad en las funciones asistenciales, docentes y de investigación: las bases de datos (BD) de Neuropediatría y Metabolismo, los protocolos y las hojas de información.
La BD de Neuropediatría incluye todos los niños valorados en consulta ambulatoria y/o durante los ingresos hospitalarios por Neuropediatría desde mayo de 1990. Su permanente actualización permite tener un estrecho control de nuestro trabajo. Contempla motivos de consulta, diagnósticos, datos epidemiológicos y muchas otras variables. A fecha de 1-10-16 hay introducidos 19.912 niños.
La Unidad está muy implicada en la protocolización de nuestra actividad asistencial, minimizando la variabilidad, bajo la perspectiva de que todos (Atención Especializada, Urgencias Pediátricas y Atención Primaria) trabajan en el mismo Equipo cuyo objetivo es la mejor asistencia de los niños y la mejor formación de los residentes, y de que la comunicación es fundamental para obtener dichos objetivos. Los protocolos consensuados facilitan el continuum asistencial. La protocolización se encuentra en la dinámica de trabajo del ciclo PDCA: “plan, do, check, act”; Disponemos de 37 protocolos de patología neurológica y metabólica.
Como complemento y mejora de la protocolización, desde 2012 comenzamos a redactar hojas de información para padres y profesionales sobre diferentes patologías neuropediátricas y metabólicas. Actualmente disponemos de 35 hojas de información, hemos entregado 6.723.
El proyecto que presentamos, quiere ser un ejemplo de nuestra línea de trabajo asistencial. Recientemente, a raíz de los casos clínicos valorados, hemos detectado la necesidad de disponer de un protocolo escalonado de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en pediatría. Se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes. En este proyecto proponemos su desarrollo, consenso del mismo con todos los profesionales implicados, revisiones y actualizaciones periódicas en base a las nuevas evidencias científicas, autoevaluación y monitorización de su aceptación y seguimiento por parte de los médicos asistenciales, de sus posibles deficiencias y la posterior subsanación de las mismas. La dinámica de trabajo PDCA nos ha introducido en un ciclo de aprendizaje y mejora que no tiene punto final.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es establecer un protocolo específico de diagnóstico y tratamiento de los niños con sospecha de neuritis óptica valorados en nuestro Hospital y desarrollar una hoja de información para el paciente y la familia donde explique con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse.
Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los firmantes del trabajo serán los responsables de:
1º. Realizar el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y también se desarrollará una hoja de información como complemento de este protocolo.
2º. Se pondrá en marcha el protocolo en el Hospital Infantil y a los 2 años se hará un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que hayan sido atendidos por esta patología en nuestro centro para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. Se revisarán los datos de estos pacientes disponibles en nuestra BD y se revisarán sus historias clínicas para observar que se ha seguido el protocolo y sus indicadores de calidad.
También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada.
3º. Se estudiaran los resultados obtenidos de esta revisión del protocolo y hoja de información y se propondrán las medidas de mejora que fueran precisas.
En definitiva, seguiremos la dinámica de trabajo del ciclo PDCA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores de calidad del protocolo:
Constancia de toma de constantes.
Constancia de valoración por oftalmología
Constancia de RM cerebral y de nervios ópticos con gadolinio y estudio completo incluyendo LCR y antiNMO
Constancia de tratamiento e indicación del mismo

Proyecto: 2016_0598 ()

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

- Encuesta de satisfacción abierta para padres y profesionales, que se realizará vía telefónica al mes del alta hospitalaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará a lo largo de 2 años. El cronograma previsto:
Revisión de la literatura científica y redacción el protocolo y de la hoja de información de manera que esté listo para su puesta en marcha en nuestro centro en enero-2017.
Recogida retrospectiva de los datos de los pacientes valorados por esta patología y hojas de en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018
Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0857 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA FERNANDEZ ESPUELAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO PEREZ NIEVES DELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· TORRES CLAVERAS SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· FERRER DUCE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MARTINEZ FORCEN SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LARENA FERNANDEZ ISRAEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Muchos estudios avalan los efectos beneficiosos de la lactancia materna para la alimentación de los recién nacidos (RN) prematuros y enfermos cuando se la compara con fórmulas artificiales. La leche materna contiene factores inmunoprotectores importantes contra la sepsis nosocomial y otras infecciones, protege contra la enterocolitis necrotizante y mejora el desarrollo neurocognitivo. A largo plazo, existen evidencias científicas de un mejor desarrollo psicomotor y menor riesgo cardiovascular. Así, la leche de la propia madre es el alimento de elección para los RN prematuros o enfermos ingresados en las Unidades Neonatales. Pero no siempre sus madres tienen suficiente leche para alimentarles o precisan de algunos días hasta que empiezan a producirla, retrasando el inicio de la alimentación. Entonces la leche humana pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de estos niños prematuros, enfermos o de alto riesgo.
La aparición de los Bancos de Leche Humana es reciente y ha ido paralela al interés creciente por la lactancia materna como un elemento de promoción de la salud entre los neonatos enfermos y prematuros. Los Bancos de Leche Humana son centros especializados responsables de la promoción y apoyo a la lactancia materna, y de la recolección, procesamiento, control de calidad y dispensación de la leche de madre donada a los niños que la precisen. En España existen actualmente ocho bancos en activo agrupados en la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. El Banco de Zaragoza se creó en 2011 y se encuentra integrado en el Banco Sangre y Tejidos de Aragón.
Uno de los puntos imprescindibles para el buen funcionamiento del Banco de Leche es la captación de mujeres donantes y para ello son muchos los esfuerzos realizados dirigidos a la promoción y divulgación de la información a la población general. Las mujeres candidatas para ser donantes son aquellas que estando amamantando a sus bebés, tengan leche suficiente, gocen de buena salud y tengan hábitos saludables. La captación actual de las madres donantes se realiza a través de propaganda en forma de carteles y folletos informativos en hospitales y centros de salud, y de la información oral que transmiten los profesionales sanitarios. También se realizan campañas de información para la población general en los medios de comunicación. Actualmente, la madre que quiere ser donante debe acudir a su Centro de Salud de Atención Primaria donde los profesionales sanitarios encargados le informan, le pasan un cuestionario y si la mujer es apta y está conforme, firma un consentimiento y se le realiza una extracción de sangre para serologías. Pero hay temporadas en las que la cantidad de leche donada es insuficiente para satisfacer las necesidades de las Unidades Neonatales de nuestra Comunidad por disminución en el número de donantes en ese momento.

Desde la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Miguel Servet, y de acuerdo con el Banco de Leche de Aragón, detectamos la necesidad de contribuir en la mejora del proceso de captación de mujeres donantes desde el propio hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aumentar el número de madres donantes de Leche Humana.
2. Aumentar el volumen de Leche Humana Donada en el Banco de Leche de Aragón.
3. Disponer de Leche Humana como alimento de elección para los RN prematuros y enfermos que la necesiten.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formar grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y de Obstetricia que voluntariamente deseen participar en el proyecto, consistente en:
1. Unidad de Neonatología: Facilitar el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de RN prematuros o enfermos ingresados que teniendo alta producción de leche desean ser donantes, realizándoles la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas en la propia Unidad. Enviar las muestras y documentos al Banco de Leche.
2. Maternidad: Mejorar la información administrada sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz, poniéndoles en conocimiento de la existencia del Banco de Leche, de su finalidad y de qué pasos deben seguir si en un futuro desearan ser donantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº de madres de la Unidad de Neonatología que se hacen donantes cada mes.
2. Nº de madres donantes de la Unidad de Neonatología del total de madres donantes en Aragón.
3. Nº total de madres donantes de Leche Humana al mes (en Aragón).

Proyecto: 2016_0857 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Octubre – noviembre 2016:
  - Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.
  - Realizar vía clínica para la captación de madres donantes desde el Hospital.
  - Reunión con responsables del Banco de Sangre del Hospital Miguel Servet y del Banco de Leche de Aragón para consensuar la vía clínica.
- A partir de diciembre 2016: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre-octubre 2017: evaluación de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0931 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ROS ARNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· GARCIA ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· UBALDE SAINZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· FUENTES OLMO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las hepatopatías crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectos siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Hoy, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectos. Su tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc.

Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestra intención es facilitar la transición de pacientes afectos de hepatopatías crónicas desde la unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica al servicio de Digestivo de adultos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Adecuada detección de los pacientes susceptibles de ser dados de alta de la unidad de gastroenterología pediátrica (Dr.Ros): Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos

-Establecimiento de un protocolo de actuación de derivación en los pacientes seleccionados (Dra Baranguán): Realizar el protocolo

-Consulta conjunta de los casos entre la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica y servicio de digestivo de adultos (Dr. Ros, Dra. García Romero y Dr. Fuentes).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-REDACCIÓN DE PROTOCOLO TRANSICIÓN DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS EN LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA.
Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente (Unidad de Calidad-Servicio Aragonés de Salud).

Proyecto: 2016_0931 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

-REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA (En Hospital Infantil o en Hospital General).
Evaluador: Dr. Ros Arnal (cada 6 meses).
Indicadores: Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente. Objetivo: > 90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PROYECTO DE CALIDAD 2016-2017.
Inicio: Noviembre 2016. Finalización: Noviembre 2017
Consulta conjunta en Unidad de Gastroenterología Pediátrica: Febrero 2017.
Consulta conjunta en Servicio de Digestivo : Junio 2017.
Evaluación: Marzo y Julio 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Hepatitis C

Proyecto: 2016_0984 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO =A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O =A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PINILLOS PISON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO PEREZ NIEVES DELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· LUQUE CARRO RAQUEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· ORTIZ JUAREZ KARINA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROS TEGEL MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIETETICA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El calostro es la leche de los primeros días de vida tras el parto, cuyas características son más similares al líquido amniótico que a la leche madura. Posee propiedades inmunológicas, antiinflamatorias, epigenéticas y de protección de mucosas debido a que contiene alta cantidad de lactoferrina, inmunoglobulina A secretora, factores de crecimiento que actúan de forma sinérgica, citoquinas y antioxidantes.
Se han realizado distintos ensayos sobre la administración precoz del calostro por vía oral para estimular el sistema linfoide de la mucosa digestiva, desarrollando inmunidad de barrera y convirtiéndose en una inmunoterapia oral, administración que se ha demostrado segura. Se ha objetivado que los pacientes a los que se administra precozmente calostro de forma oral llegan antes a la alimentación enteral completa, con reducción de los días de nutrición parenteral y de vía central, conllevando una disminución de infección nosocomial, tan elevada en nuestra unidad y afectando sobre todo a los prematuros de más bajo peso. Son necesarios todavía más estudios para demostrar su asociación con la reducción de enterocolitis necrotizante y de neumonía asociada al respirador.
La estimulación del pecho en las primeras 6 horas tras el parto da lugar a que las madres aumenten la producción de leche, disminuyendo el consumo de leche donada, que se incremente la cantidad de grasa de la leche, lo que puede mejorar el estado nutricional de los prematuros y se produzca un aumento de la tasa de lactancia al alta estadísticamente significativa, prioritario en una población susceptible al fracaso de la lactancia materna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto es obtención de calostro materno en las primeras 24-48 horas de vida seguido de su administración oral al prematuro desde su nacimiento hasta las 32 semanas de edad posmenstrual.
Las consecuencias de esto serán:
- Nutrición enteral completa en menos tiempo, retirada precoz de la nutrición parenteral y vía central, con reducción de la tasa de infección nosocomial. Intentar reducir la incidencia de enterocolitis necrotizante.
- Conseguir, mediante explicaciones constantes a las madres, apoyo y soporte continuo durante el ingreso del recién nacido, un aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva al alta

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
- Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina Ortiz, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo.
- Creación de un protocolo de administración de calostro: Todos.
- Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Todos.
- Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia Royo.
- Difusión en el servicio de Dietética de las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla. Luisa Ros.
- Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº madres que realizan estimulación del pecho en primeras 6 horas tras el parto/ total de madres de recién nacidos = a 32 semanas y/o =a 1500 gramos: 70-80%
- Nº de recién nacidos con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos que reciben calostro materno en las primeras 48 horas de vida/ total de recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Estancia media, días de nutrición parenteral y vía central de los recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Tasa de sepsis clínica y/o analítica: niños ingresados con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento = a 1500 gramos que presentan a lo largo del ingreso sepsis clínica y/o analítica/ con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0984 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO =A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O =A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Se prevé una duración de dos años:
- Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
- Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
- Febrero-indefinido: iniciar la recogida y administración del calostro, la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

9. OBSERVACIONES.
Nuestra unidad es la de un hospital de referencia, las madres de muchos pacientes viven fuera de Zaragoza y en muchas ocasiones pernoctan en sitios donde no disponen de congelador, siendo limitado el espacio del congelador de dietética, siendo preciso disponer de un nuevo congelador para la congelación del calostro

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1017 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION EN TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER VAZQUEZ ARIZA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ NUEZ SONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· PADILLA ARAGÜES GUSTAVO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· GOMEZ BARRERA VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Aragón disponen de área de triaje donde el personal de enfermería es el responsable de realizar la valoración preliminar del paciente a su llegada al servicio para estratificarlo según su nivel de urgencia y ubicar al paciente en el área más idónea para su atención y/o tratamiento.

Para realizar esta labor de manera eficiente, útil y segura se aplican los algoritmos establecidos por el Sistema Español de Triaje (SET) a través de los protocolos que ofrece el Programa de Ayuda al Triaje (web_e-PAT). Aunque existen ya programas formativos acreditados sobre triaje estructurado, se considera que dadas las peculiaridades del paciente pediátrico es necesario desarrollar y adquirir las habilidades específicas para optimizar la valoración de estos pacientes y profundizar en los aspectos donde los programa de aprendizaje en triaje genérico no puede detenerse.
Las necesidades de formación en triaje pediátrico han sido detectadas en la propia unidad de urgencias y también a la demanda del personal de nueva incorporación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disponer de formación específica en “Triaje Pediátrico mediante Curso Teórico-Practico acreditado por el SALUD.
-Disminuir la variabilidad mediante formación específica en triaje pediátrico del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Urgencias
-Mejorar satisfacción de los profesionales de enfermería de la formación recibida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
2.- Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema (manuales, cursos pediátricos en otras comunidades.

3.- Reunión con Grupo de Trabajo de Calidad de Urgencias de H.General.
4.- Diseño curso con Responsable de Formación de PCH Aragón.
5.- Consenso en reuniones del equipo calidad.
6.- Envío de acreditación al SALUD y oferta de curso a través de F Continuada.
7.- Oferta de curso a través del portal del empleado.
8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Diseño de curso y obtención de acreditación por Formación Continuada del SALUD.
- Nº de profesionales formados/ nº total de profesionales en activo en la Unidad >80%.
- Nº de profesionales satisfechos de la formación/ nº total de profesionales formados en el curso >90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio 2016:
-Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
-Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema
-Diseño y oferta del curso

Julio- Noviembre 2016:
-Evaluación de resultados y encuesta del curso.
-Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

Diciembre- marzo 2017:
-Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_1017 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION EN TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1020 ()

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CAMPOS CALLEJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOSQUE GRACIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· FORCADA MARTIN TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· IRIARTE VICENTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· YUBE SANCHEZ MARISA. TCAE. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· GARCES GOMEZ RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· MARTINEZ REDONDO INES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En los últimos años ha cobrado importancia los cambios en el entorno físico hospitalario como mejora de la calidad percibida por los pacientes y familiares.
Las salas de espera en urgencias de pediatría son el primer contacto de los niños y familiares en su llegada a urgencias. El dotar de información clara y útil ofrece una mejora en la recepción de los niños y sus familias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Humanización del espacio físico de la sala de espera de la Unidad de Urgencias de Pediatría mediante cartel informativo de bienvenida de todo el equipo multidisciplinar de urgencias (admisión, celadores, auxiliares, enfermeras y médicos).
-Informar del proceso de clasificación al paciente a su llegada a urgencias, “triaje”, por medio de poster en sala espera.
-Disminuir retrasos en la atención al paciente por medio de colocación de señalizaciones claras y específicas a los accesos a las diferentes áreas: sala de espera, servicio de radiodiagnóstico, consultas de atención ambulantes y a boxes.
-Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 1 residente y 1 auxiliar.
2.- Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas…).
3.- Diseño de poster de triaje y de bienvenida.
4.- Solicitud a subdirección del centro la instalación de señalización de salas
5.- Presentación en Sesión Clínica del Servicio
6.- Diseño de encuesta de valoración de información al usuario
7.- Evaluación de encuesta y otros indicadores a los 6 meses
8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Obtención de indicadores a los 6 meses :

- Disponer en Sala de espera de posters informativos y de las señalizaciones
- Realizar encuesta de satisfacción al usuario de la información recibida

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre-Noviembre 2016:
-Reunión de equipo calidad y distribuir funciones
-Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas…)
-Diseño de poster y señalizaciones

Diciembre 2016-Enero 2017:
-Presentación en Sesión Clínica del Servicio
-Implantación propuestas
-Diseño de modelo de encuesta de opinión al usuario

Marzo-Abril 2017:
-Evaluación de encuesta, análisis de resultados
-Reunión del grupo y evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1020 ()

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1035 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO MARCOS EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· GAZEL ALTAFAJ MONICA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· BARBED FERRANDEZ SARA. MIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· ARRUDI MORENO MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE. MIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La sala observación de urgencias de pediatría es un recurso que permite evaluar y tratar a pacientes en un tiempo recortado (menos de 24 horas) consiguiéndose adecuar las indicaciones de ingresos.
Durante este tiempo el niño y sus familiares comparten espacio y tiempo con otros pacientes y los diferentes miembros del equipo de profesionales sanitarios que los atienden (auxiliares, enfermeras y médicos).
Las condiciones físicas de la sala, la disponibilidad de personal y el grado de ocupación pueden hacer más o menos cómoda su estancia, facilitar o no el proceso asistencial y agilizar el tratamiento que precisa su situación clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Detectar aspectos mejorables en la atención a los pacientes por los diferentes profesionales en la sala de observación .

• Desarrollar estrategias de modificación de conductas/actitudes por el equipo.

• Agilizar el proceso de ingreso en planta en lo casos necesarios

• Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 2 residentes y una auxiliar.

2.- Análisis de opiniones detectadas en el equipo y diseño de encuesta de opinión especificando las diferentes aspectos a evaluar: identificación del personal, accesibilidad y trato recibido (residentes de pediatría).

3.- Presentación y consenso de la encuesta con los miembros de la unidad.

4.- Recogida de encuesta y análisis de resultados.

5.- Propuesta de trabajo para resolver propuestas de mejora.

6- Reunión del grupo de mejora. Presentación en sesión clínica del Servicio de Pediatría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Reuniones periódicas de equipo de trabajo
- Diseño de encuesta
- Cumplimentación de la encuesta por parte de los familiares acompañantes
- Análisis de resultados y listado de acciones de cambios/mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2016

• Reunión de equipo calidad y distribuir funciones.
• Análisis de opiniones detectadas en el equipo.
• Diseño de encuesta de opinión.

Octubre- Diciembre 2016

• Recogida de encuesta.

Enero- febrero 2017

• Evaluación de encuesta.
• Reunión de equipo de trabajo con análisis de resultados y propuestas de mejora.
• Presentación en Sesión Clínica del Servicio.

Proyecto: 2016_1035 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología aguda que precisa atención urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1058 ()

1. TÍTULO

CRIBADO EPIDEMIOLOGICO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES MEDIANTE FROTIS RECTAL Y FARINGEO COMO MEDIDA DE PREVENCION DE LA INFECCION NOSOCOMIAL NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... ZENAIDA GALVE PRADEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MORAL MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· MILLAN LOU MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MORILLA MORALES ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FUERTES ARAGUES MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· LIPE CLARES MARIA MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hoy en día ya no es aceptable considerar a la sepsis nosocomial (SN) como una complicación “esperable” del prematuro ó del recién nacido (RN) ingresado en Unidades de Neonatología. A pesar la mejora en los cuidados neonatales esta complicación sigue siendo frecuente, el 30% en menores de 1500gr. El establecimiento de medidas de prevención de la infección nosocomial (IN) y la vigilancia epidemiológica forman parte de la seguridad del paciente. La mayoría de las SN de deben a gram positivos y en menor medida a gram negativos, responsables sin embargo del 59% de la mortalidad por esta causa. En concreto las enterobacterias multirresistentes (EMR) portadoras de beta lactamasas de espectro extendido (BLEE), resistentes a cefalosporinas y monobactámicos, ocasionan brotes nosocomiales en Neonatología. En UCI Neonatal, la Klebsiella pneumoniae BLEE (Kp-BLEE) es el segundo agente causal de infección tras el estafilococo coagulasa negativo. Su reservorio principal es el tracto digestivo y en medio hospitalario su transmisión es por contacto, a través de las manos del personal, pudiendo contaminar catéteres y heridas (transmisión horizontal). Puede infectar por traslocación bacteriana a través del intestino colonizado en pacientes de riesgo. La vigilancia activa de microorganismos productores de BLEE es crítica para describir la epidemiología de la propia unidad y conocerla precozmente permitiría además adecuar la antibioterapia ante la sospecha de sepsis en RN colonizados, mejorando la evolución y disminuyendo el coste sanitario. La colonización por EMR es un factor de riesgo para padecer infecciones sistémicas. Hasta el 18% de los colonizados puede desarrollar bacteriemia por el mismo germen.
Es fundamental la formación de un equipo multidisciplinar para la implantación de medidas de control de diseminación de EMR. En el último año la Unidad está impulsando la puesta en marcha de “Bacteriemia Cero”, además participa en el Proyecto NeokissEs (Sistema Español de vigilancia de la infección Nosocomial en menores de 1500gr) y forma parte del Grupo Castrillo (Grupo Español de Infecciones peri-neonatales). A nivel de control epidemiológico de brotes de IN, desde 2012 se realiza semanalmente cribado de RN colonizados por EMR mediante frotis rectal, a todos los pacientes de Neonatología. Además desde mayo 2015 realizamos reuniones multidisciplinares con la finalidad de optimizar la información y los recursos para mejorar la prevención y el tratamiento de este tipo de infecciones. Destacamos la utilidad del cribado rectal para la predicción de la bacteriemia, ya que ésta ocurre generalmente por translocación intestinal tras una colonización previa, debido a la inmadurez de las barreras mucosas del RN.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Detección precoz del estado de colonización de nuevos INGRESOS con frotis faríngeo de las 24h. Cubre la posibilidad de que el neonato estuviese colonizado vía vertical por EMR, de madres de riesgo. 2. Detección precoz del estado de colonización de nuevos TRASLADOS con triple frotis.
Conocer el estado de portador de cepas BLEE tiene dos repercusiones fundamentales: la instauración de medidas de aislamiento de contacto para la prevención de la transmisión horizontal y la adecuación de la antibioterapia empírica en caso de que el mismo paciente colonizado iniciase sepsis clínico-analítica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Recogida de frotis faríngeo de las 24h de vida a los nuevos ingresos en UCI Neonatal (nacidos intramuros o extramuros) con menos de 24h de vida.
2. Recogida frotis rectal rutinario a todos los RN ingresados en Neonatología (semanal) durante toda la estancia.
3. Recogida de triple frotis (faríngeo/rectal/axilar) a la llegada, a todos los RN trasladados a UCI Neonatal desde otro centro donde hayan permanecido más de 24-48h.
Recogida de frotis: enfermería de Neonatos. Microbiología informará las muestras. Preventiva en caso de frotis positivo comunicará a la Unidad las medidas de aislamiento. Enfermería de Preventiva recogerá semanalmente datos sobre infectados y colonizados que se discutirán en las reuniones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de cumplimiento de realización de frotis (objetivo >85%)
-Número de reuniones del Grupo multidisciplinar (>20/año).
-Número sesiones informativas y formativas a la unidad: 3-4/año
-Tasa de colonización GMR
-Porcentaje de frotis que predice la bacteriemia
-Porcentaje de bacteriemias en colonizados tratadas con meropenem empírico (objetivo >90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1058 ()

1. TÍTULO

CRIBADO EPIDEMIOLOGICO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES MEDIANTE FROTIS RECTAL Y FARINGEO COMO MEDIDA DE PREVENCION DE LA INFECCION NOSOCOMIAL NEONATAL

-Consolidación de Grupo multidisciplinar de Prevención de la IN por EMR y designación de personas responsables en cada área y establecimiento de funciones (Octubre-Noviembre 2016)
-Mejora del protocolo de vigilancia y control epidemiológico de EMR en Neonatología del HUMS (Noviembre-Diciembre 2016)
-Aplicación del proyecto y evaluación de resultados (Enero 2017-Junio 2017)
-Sesiones trimestrales a la Unidad informando de tasas de colonización e infección (bacteriemias) y valorar resultados sobre medidas de prevención de diseminación de EMR implementadas. (A partir de Enero 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1770 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO VIÑUALES ITZIAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· CURTO SIMON BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimiación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).
Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.
Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En un primer tiempo (2017) establecer:
- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación
Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.
En 2018 con el proceso elaborado:
- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).
- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).
Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.
2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0948 ()

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H. U. MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA ADORACION MOÑITA BLANCO
· Profesión ..... TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOLARIA AISA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMODINAMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Sección de Hemodinámica (Hemodinámica diagnóstica terapéutica) pertenece al Svº de Cardiología. En ella se llevan a cabo intervenciones destinadas a establecer o concretar un diagnóstico de patología cardiovascular y también a su intervención curativa o paliativa percutánea mediante técnicas basadas casi exclusivamente en catéteres.
Las técnicas que llevan a cabo precisan el uso de rayos X. Ésto supone que el profesional debe estar protegido contra las radiaciones ionizantes para lo que utilizan equipos de protección individual que deben cumplir la normativa y que son variados según la zona a proteger y también siguen un control dosimétrico.
Por ello, se establece un sistema de adquisición y gestión de estos equipos de forma sepa en todo momento los requisitos de uso y mantenimiento por parte de los profesionales, así como los pasos a seguir si es de nueva incoporación o una vez incorporado pasa a estar en situaciones especiales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general es disponer en todo momento de unas normas, conforme a la legislación en vigor, que permitan al profesional de Hemodinámica conocer en todo momento los equipos de protección que deben de utilizar en las técnicas con rayos X, así como qué hacer ante situaciones especiales.
Objetivos específicos son los requisitos deben tener para su adquisición y uso, el mantenimiento de los mismos y su retirada si procede para su sustitución, el control de la entrega de los equipos, la información para el trabajador tanto de los equipos de protección radiológica como de la dosimetría .
Todo ello, a través de un registro documental que permitirá conocer en todo momento el estado y detectar posibles problemas o fallos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las medidas previstas son:
- Disponer de un documento, revisable (anualmente o si se produce un cambio en la normativa) en el que:
. Figuren los requisitos de adquisición de equipos de protección contra rayos X.
. Figuren las fichas de control de los equipos: entrega e instrucciones de uso.
. Figure cómo debe portar el/los dosímetros.
- El trabajador:
. Esté informado de los pasos a seguir cuando entre en la Sección de Hemodinámica, tanto si es la primera vez, como si está en situaciones especiales (embarazo, lactancia, pérdida de dosímetros, etc.).
. Sepa en todo momento qué equipos debe usar y cómo, igual que los dosímetros.
. Sea responsable de los equipos (de protección y dosímetros) que se le entregan para su seguridad y salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Adquisición de EPI’s de protección radiológica (RX). (% de EPI’s adquiridos).
Facilitador de uso de EPI’s de protección radiológica (RX) (% de Registro de entrega de EPI’s/nº de usuarios).
Renovación de EPI’s de protección radiológica (RX) (Listado de evaluación del estado de los EPI’s: integridad, higiene.Razonamiento motivado).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el último trimestre de 2016 el grupo de trabajo analiza la situación, revisando los equipos de protección existentes y planteando la renovación en su caso y la adquisición de nuevos equipos.
En el primer trimestre de 2017 se revisan los indicadores y se actúa en consecuencia.
En el segundo y tercer trimestre se comprueba el funcionamiento de este sistema de gestión y se evalúa.
En Octubre de 2.017 se llevará a cabo la revisión correspondiente.

9. OBSERVACIONES.
Se procederá a una revisión anterior a la fecha prevista si se produce algún cambio en la normativa legal o bien hay circunstancias que la conllevan.

10. OTRO ENFOQUE. Gestión de la protección de radiaciones ionizantes para la seguridad y salud del trabajador

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteraciones de la salud del trabajador por radiaciones ionizantes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0948 ()

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H. U. MIGUEL SERVET

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1433 ()

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUERTES GARCES PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· DUEÑAS JOLLARD SANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· TERREN MARCO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· IGUACEL ACIN TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CATALAN SANCHEZ CLARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En Aragón en el año 2016, de acuerdo con las estadísticas del ISSLA (Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral), los accidentes de trabajo por infartos, derrames cerebrales y otras causas no traumáticas son la primera causa de accidente grave (23,75%) y la primera causa de accidente mortal (43,48%).

En el ámbito de actuación poblacional de la unidad básica de prevención de riesgos laborales, en el marco de la vigilancia individual de la salud, tenemos la oportunidad de detectar las personas con riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. La accesibilidad de la unidad básica facilita las tareas de promoción de la salud y educación para la salud.
Surge la necesidad de establecer de forma sistemática directrices y/o consejo breve orientados al trabajador para que conozca su riesgo cardiovascular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer el riesgo cardiovascular de los trabajadores del Sector Zaragoza II durante el segundo semestre del año 2017.
- Adecuar el consejo preventivo de forma individualizada en los informes de vigilancia de la salud.
Población diana:Trabajadores del ámbito de actuación de la unidad mayores de 35 años del Sector Zaragoza II que acudan a vigilancia de la salud individual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Promoción de salud: Incorporación del cálculo de riesgo cardiovascular con la tablas validada REGICOR en la vigilancia de salud individual.
ACTIVIDADES
- Establecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular.
- Sesión de actualización de riesgo cardiovascular.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cálculo de las categorías de riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto) definidas por la tablas REGICOR.
- Cumplimentación y registro en la historia clínica del trabajador.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Sesión par astablecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias, actualización de riesgo cardiovascular 2017.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular…Junio 2017.
- Sesión de presentación d eresultados del proyecto enero 2018.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables…Segundo semestre 2017.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR)…segundo semestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1433 ()

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2016_0497 ()

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MORER BAMBA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· FERRANDEZ CORTES JAIME. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PASCUAL GARCIA ASUNCION. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El diagnóstico de cáncer tiene una serie de efectos a nivel físico, psicológico, familiar y social en las personas que lo padecen. El sufrimiento psíquico de los pacientes oncológicos se traduce en ocasiones en clínica ansiosa y depresiva, principalmente, que requiere un abordaje especializado. La literatura científica y la experiencia clínica muestran que los pacientes con cáncer comparten características a nivel de reacciones emocionales, afrontamiento psicológico, personalidad y afectación en la calidad de vida. Si bien estos pacientes disponen de un tratamiento psicológico individual, pueden beneficiarse de un abordaje grupal. La psicoterapia de grupo es una modalidad de intervención cada vez más utilizada en pacientes oncológicos. El grupo por si mismo favorece la aparición de factores terapéuticos adicionales no presentes en la terapia individual, a la vez que supone una mayor eficiencia debido al número de pacientes que se benefician de la intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es promover la salud integral de paciente oncológico a través del abordaje psicológico grupal. Se pretende mejorar la aceptación de la enfermedad, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, disminuir la percepción de dolor, mejorar la utilización de recursos y mejorar la calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales podrán participar como observadores del grupo o colaboradores. El grupo estará compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y será heterogéneo en cuanto a sexo, edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primarán las variables psicológicas. Los criterios de exclusión serán la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores de mejora:
- Mejoría de calidad de vida percibida medida con el cuestionario WHOQOL-BREF
- Disminución de la variable ansiedad medida con el cuestionario HADS
- Disminución de la variable depresión medida con cuestionario HADS
- Disminución de la toma de analgésicos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto contempla una duración de 6 meses y se divide en tres fases. La primera fase es el reclutamiento y selección de participantes en el grupo y tendrá una duración de dos meses. La segunda fase es la intervención psicoterapéutica grupal propiamente dicha, que tendrá una duración de 8 sesiones con frecuencia semanal durante un total de dos meses. La tercera fase es la de evaluación de los resultados de la intervención, con una duración de dos meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0732 ()

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE SPIQUIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA RIPOL MUÑOZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el programa de Hospital de Día de Psiquiatría intervienen una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades.
A la hora de mantener o mejorar su capacidad cognitiva se necesita poder trabajar a diferentes niveles a la vez ya que todo el grupo trabaja junto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Queremos conseguir la elaboración de dos cuadernos de diferentes niveles de trabajo para conseguir estimular la mente dependiendo de las necesidades de cada paciente.
Con ello queremos conseguir con el paciente en salud mental poder:
- Mantener las capacidades cognitivas
- Evitar el aislamiento del entorno
- Potenciar las relaciones sociales
- Aumentar la independencia y autonomía personal
- Incrementar la habilidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas
- Mejorar el sentimiento de bienestar emocional, psicológico y de salud general
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo durante nuestra jornada laboral de manera independiente para recopilar y/o elaborar actividades de cada nivel de trabajo.
- Una vez cada dos meses nos reuniremos en nuestro horario de trabajo para elaborar los cuadernos de trabajo y redactar el protocolo de actuación desarrollando estrategias para las necesidades de cada nivel de pacientes.
- Se intentara realizar el programa de tal manera que al principio el paciente necesitará más explicaciones y claves para realizar la actividad, y según
progrese y avancen las sesiones, el terapeuta proporcionará
menos claves y aumentará la complejidad de la tarea.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de cuadernos de trabajo para dos niveles.
- Realización del protocolo de actuación que incluya como evaluar al paciente para obtener su perfil cognitivo.
- Nos proponemos una tasa del 80% de pacientes atendidos en nuestro recurso se pueda realizar la evaluación inicial
- Nos proponemos que el 80% de los pacientes puedan realizar el nivel de trabajo asignado a su capacidad cognitiva.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes participen en el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de los cuadernos de trabajo:
1 nivel: noviembre 2016 / diciembre2016
2 nivel: enero 20117 / febrero 2017
- A la vez protocolizaremos aspectos del programa como: la manera de evaluación para incorporar a cada paciente en el nivel apropiado, número de sesiones en el programa, sesiones supletorias para aquellos pacientes que pueda alargarse la estancia en Hospital de día, manera de realizar las sesiones… (Noviembre /16 a febrero/17)
- Implementación del plan propuesto (marzo-septiembre 2017)
- Valoración de la implementación, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1080 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... HELENA SANZ SANZ
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORBERA ALMAJANO MANUEL. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
· AYALA CUEVAS BEATRIZ. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· BOULLON GOMEZ ALEJANDRA. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ MORAL MARIA. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· ALVAREZ TORMES INMACULADA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· FERRER DUCE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los residentes de Psicología Clínica, supervisados por la Psicólogo Adjunta de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Infantil, (pertenecientes todos ellos al Servicio de Psiquiatría) desarrollan un programa de Atención Continuada para prestar atención psicológica a los bebés ingresados en la planta de Neonatología y sus familias. En este tiempo se ha detectado la necesidad de sistematizar el acompañamiento a las familias con bebés en situación de muerte perinatal o neonatal.
A través de entrevistas mantenidas con padres que han pasado por una situación de pérdida neonatal se recoge la necesidad de mejorar la atención asistencial recibida en dicha situación; así como la pertinencia de recibir información en soporte escrito que oriente en los derechos, recomendaciones y pasos a seguir. El formato escrito podría facilitar el procesamiento de la información, disminuyendo el impacto de las variables emocionales sobre los procesos cognitivos.
Por otro lado, el equipo asistencial ha transmitido la necesidad de recibir formación y conocimientos específicos que potencien los recursos personales para asistir a las familias que se enfrentan a la pérdida de un hijo recién nacido.
El acompañamiento y apoyo emocional a estas familias resulta necesario de cara a favorecer la elaboración del posterior duelo, así como a facilitar, en el caso de que lo hubiera, el desarrollo de un futuro embarazo de forma más saludable a nivel psiquico. Se considera, por otra parte, que dicho documento puede resultar un recurso asistencial para el personal sanitario encargado de dicha tarea.
Actualmente, no existe en la unidad de neonatología información sistematizada que los profesionales sanitarios puedan entregar a las familias, ni que sirva como guía en su práctica diaria. Resulta escasa la formación que reciben respecto al abordaje y acompañamiento a pacientes que se encuentran ante una muerte neonatal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejora de la atención sanitaria a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.
• Aportar recursos técnicos a los profesionales que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaboración de un documento escrito con información relativa a los derechos, recomendaciones y pasos a seguir en el proceso de pérdida de un hijo recién nacido que se encuentra ingresado en la planta de Neonatología del Hospital Infantil. Se lrealizará por el equipo de psicólogos clínicos a través de una búsqueda bibliográfica.
• Presentación del documento a los profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología.Realizado por el equipo de psicólogos clínicos.
• Taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido, con el objetivo de favorecer la adquisición de recursos asistenciales ajustados a una situación de pérdida neonatal. Realizado por psicólogos clínicos.
• Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología. Realizado por profesional de enfermería.
• Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Desarrollo e implantación del documento escrito (Presente/Ausente).
• Desarrollo del taller dirigido a profesionales de la Unidad de Neonatología (Presente/Ausente).
• Registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Se cuantificarán los casos de exitus atendidos dentro de la Unidad de Neonatología junto con determinadas variables que se consideren relevantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Elaboración de un documento escrito: Hasta el 31 de Diciembre de 2016.
• Presentación del documento a profesionales médicos y sanitarios de Neonatología: Enero de 2017.
• Elaboración del taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios: Febrero de 2017.
• Impartición del taller a profesionales: Marzo de 2017.
• Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología: Marzo de 2017.

Proyecto: 2016_1080 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

• Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería: desde Marzo a octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Siendo que los Residentes de Psicología Clínica (PIR) son participantes fundamentales en el desarrollo del programa de Atención Continuada ya mencionado, se considera necesario hacerles formar parte del proyecto de mejora de calidad.

10. OTRO ENFOQUE. Prevención del duelo patológico y formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1436 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION PASCUAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ PEMAN CAMINO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ROHNER DEL SORDO DAVID. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CORATU ANA MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· MORER BAMBA BARBARA. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· BOULLON GOMEZ ALEJANDRA. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los programas de la Unidad de Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace del HUMS es la atención en la Unidad de Lesionados Medulares (ULME), se trata del servicio de referencia de Aragon en la atención a pacientes que padecen mielopatias de diversa intensidad. Esta grave patología requiere de ingreso hospitalario prolongado (entre 2 y 8 meses) en el que lo habitual son las complicaciones que subyacen a su proceso de rehabilitación(RHB).
En este periodo de RHB el paciente tiene que adquirir una serie de habilidades encaminadas a mejorar su independencia y autonomía tras la perdida de movilidad, aprender el manejo de control de esfínteres y recuperar su actividad sexual. Durante el ingreso tiene que hacer frente a diversos procesos entre los que se incluye un trabajo dirigido a asumir las perdidas derivadas de la patología medica y de manera fundamental a mantener una actitud de afrontamiento que les permita implementar una serie de habilidades, para lo cual se requiere una actitud colaboradora y activa por parte del paciente y de la familia.
En este proceso complejo es necesaria en la mayoría de los paciente la intervención del área de psicología/ psiquiatria para ayudar a elaborar el duelo por la perdida sufrida.
Esta actividad la llevamos a cabo una profesional de psiquiatría y una profesional de psicología clínica, invirtiendo la mayor parte de nuestra actividad en entrevistas tanto de valoración como de seguimiento no solo del paciente sino de su familia, todo ello encaminado a favorecer la asunción de la perdida, así como a mejorar su capacidad de afrontamiento.
Como nuestra actividad siempre se contextualiza en un modelo de colaboración con los médicos rehabilitadores, no queda constancia de nuestras intervenciones, salvo los apuntes registrados en la historia clínica.
Es por ello que consideramos necesario operativizar una tarea que nos permita el seguimiento más sistematizado del pacientes y la elaboración de un informe al alta hospitalaria donde se recojan intervenciones realizadas, evolución, diagnostico y tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1) Sistematizar la recogida de datos de los pacientes para optimizar su atención.
2) Hacer más visibles nuestras intervenciones en ésta área medica.
3) Mejorar la información sobre la evolución del paciente dirigida tanto a nivel hospitalario como a los especialistas que posteriormente le realicen el seguimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consideramos necesario crear algún tipo de soporte que facilite la organización de nuestra actividad planteando hacer los siguientes tipos de mejora.

1) Carpeta o portafolios donde queden recogidos la hoja de consulta de cada paciente y un añadido donde anotemos todas nuestras intervenciones.
2) En este mismo soporte de papel se referenciara todas las intervenciones realizadas a cada paciente, tanto por parte de psicología como de psiquiatría, así como las llevadas a cabo en el medio familiar del citado paciente.
3) Se recogerán igualmente los datos extraídos de las reuniones de equipo que de forma multidisciplinar se llevan a cabo con una periodicidad semanal .
4) Esta hoja cuando el paciente se vaya de alta se adjuntara en su historia clínica y a además nos permitirá realizar el informe clínico de cada paciente documento posteriormente al alta quedaría guardado en la historia y además nos permitiría la elaboración de un informe en el hp doctor.
5) Informe informatizado en el hp doctor donde se recoja el resumen de nuestra actividad clínica y quede adscrito a la historia informatizada del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Desarrollo e implantación del soporte de papel (Presente o ausente).
2) Numero de pacientes que están siendo recogidos sus datos para la elaboración de la carpeta de seguimiento.

3) Numero de informes clínicos realizados en hp doctor.

Proyecto: 2016_1436 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El tiempo dedicado al proyecto completo será el que se detalla a continuación:

1) 1)Elaboración del proyecto escrito y presentado hasta el 30 de Junio del 2016
2) Informatización de informes del 20% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2016.
3) Informatización de informes del 40% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2017.
4) Informatización de informes del 60% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de diciembre del 2017.
5) Informatización de informes del 80 % de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2018.
6) Informatización de informes del 100% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1449 ()

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· BERDUN PE RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· IDINI ESTER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SERRA CASAUS MIQUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PASCUAL OLIVER MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Preservar la confidencialidad en el trato de datos del paciente es uno de los factores más importantes en la relación terapeútica. Pero además, la confidencialidad es un deber legal y ético de los profesionales. El marco legal en que se ampara la confidencialidad clínica incluye: la Constitución Española, que define la intimidad personal y familiar como uno de los derechos fundamentales (art.18); la Ley Orgánica 1/1982 de Protección civil al honor, la intimidad y la propia imagen; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10); la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (especialmente los art.5, 16.3, 16.6, 17.6). El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, concibe al secreto profesional como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros y que obliga al profesional incluso tras la muerte de aquel (art. 14) y aborda el problema de la medicina en equipo y la obligación de todos de guardar la totalidad del secreto (art. 15).

A pesar de que un conocimiento general del marco ético y legal que rige nuestro desempeño profesional, existen en nuestra actividad cotidiana situaciones concretas en las que se puede vulnerar con mayor riesgo el respeto de la confidencialidad. Por ejemplo, el almacenamiento y uso ilimitado de datos informáticos, incluyendo el uso compartido y el tráfico de los mismos a través de la red, entraña importantes riesgos en materia de confidencialidad que tienden a infravalorarse.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario, detectando situaciones concretas en las que existe mayor riesgo de vulnerar la confidencialidad (ó “puntos débiles”), facilitando la toma de conciencia de las mismas por parte del equipo, y elaborando propuestas de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
I. Analizar “puntos débiles” en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes.
II. Elaborar una “guía de buenas prácticas en confidencialidad” en base a los resultados anteriores.
III. Presentación y divulgación de la información a todo el personal del Servicio de Psiquiatría.
IV. Análisis del impacto del programa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
I. Analizar “puntos débiles” en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes. 1. Elaboración de formulario de registro de incidencias en materia de confidencialidad (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. “Observatorio de confidencialidad”: Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo. 4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)

II. Elaboración y presentación de guía de buenas prácticas en confidencialidad: 5.Elaboración de guía de buenas prácticas en confidencialidad, con definición de propuestas concretas de mejora (Responsable) 6.Presentación a los miembros del servicio en sesión clínica (Responsable)

III. Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS 7. Divulgación de la información y señalización de prácticas y lugares más vulnerables mediante documentos gráficos (grupo)

IV. Análisis del impacto del programa 8.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes y PIRes del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):
- Número de incidencias registradas en el “Observatorio de confidencialidad” en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de 40 incidencias.

Proyecto: 2016_1449 ()

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

- Presentación en sesión clínica de la “guía de buenas prácticas en confidencialidad” (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- JUNIO 2017: Elaboración de formulario de registro de incidencias y primera reunión del grupo de trabajo.
- JULIO-OCTUBRE 2017: Observatorio de confidencialidad y reunión de grupo para analizar “puntos débiles”
- NOVIEMBRE 2017: Elaboración de un plan de mejora en materia de confidencialidad y presentación en sesión clínica; divulgación de la información.
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1462 ()

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA GRACIA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· BERDUN PE RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ PEMAN CAMINO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· GARCIA RAPUN MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CAUDEVILLA SOLER CLARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ MENA MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.
La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.
La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).
La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.
PERTINENCIA DEL PROYECTO
Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.
Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.
Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS
Análisis del impacto del programa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría: 1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)
II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.: 5.Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS: 6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa: 7.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes, PIRes y enfermería del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria: 8- Establecer acciones de mejora para 2018.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_1462 ()

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.
- Presentación en sesión clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar “puntos débiles”
- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1472 ()

1. TÍTULO

DIAGRAMAS DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA I. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· DE JUAN LADRON YOLANDA. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· ROMANCE ALADREN MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ MAISO ANGELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE. TCAE. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA ES MUY IMPORTANTE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAREMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCE LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAREMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO. ASÍ VEREMOS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA ACTUACIÓN MÉDICA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ESPERAMOS OBTENER UN ADECUADO Y PORMENORIZADO ESTUDIO DE CADA PROCESO ASISTENCIAL DE NUESTRA UNIDAD PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD DE PARTIDA DE LA UNIDAD.
lOS DOS PROCESOS ESCOGIDOS INICIALMENTESON:
1. PROCESO DE DERIVACIÓN. QUIEN Y CÓMO SE PRODUCE ESE PRIMER ACTO.
2. PROCESO DE ACOGIDA. VER TODO LO QUE SE REALIZA EN ESE PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
lOS DIAGRAMAS DE FLUJO DE LA UNIDAD PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD. EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CARDA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE UN INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL. DE ESTOS TIENEN QUE SALIR LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS Y CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA. EL DIAGRAMA DE FLUJOS DE LOS PROCESOS SE CONVIERTE EN UN PROGRAMA DE CALIDAD, DE MEJORA. SIN UN CONVENIENTE ANÁLISIS NO SE OBTIENE MEJORIA. DEDICAMOS UNA REUNIÓN SEMANAL A LOS PROGRAMAS DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN PSIQUIAT´RÍA EN HOSPITAL DE DÍA, ADEMÁS REUNIONES MENSUALES DEL GRUPO DE CALIDAD. SE HAN REALIZADO CURSOS POR PARTE DE MIEMBROS DEL EQUIPO EN FORMACIÓN Y SE HA REALIZADO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA. DE AQUÍ TIENEN QUE SALIR LOS OBJETIVOS, LAS TÉCNICAS A EMPLEAR Y LA METODOLOGÍA A USAR POR PARTE DEL EQUIPO EN CADA PROCESO EVALUADO Y CONSEGUIR UNA MEJORA CONSTANTE

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.REALIZACIÓN ESTE AÑO DE LOS DOS FLUJOS EN LOS PROCESOS PROPUESTOS ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.
3. NUEVO EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.
4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.
5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRIA.
6.¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?
7. SE CONTRASTARA CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES
7. VALORART OPORTUNIDAD DE MEJORAS.
8. RESULTADO FINAL.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 REALIZACIÓN DE FLUJOS EN NOVIEMBRE- DICIEMBRE.
2.EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN ENERO-MARZO.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD EN ABRIL
4.INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN MAYO- JUNIO
5 VER RESULTADOS HASTA FINALIZACIÓN AÑO

9. OBSERVACIONES.
SE CONVERTIRA EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

Proyecto: 2016_1472 ()

1. TÍTULO

DIAGRAMAS DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA I. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA DEL PACIENTE

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1483 ()

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PEREZ ECHEVERRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IDINI ESTER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ MENA MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CORATU ANA MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ROHNER DEL SORDO DAVID. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ROMANCE ALADREN MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ MAISO ANGELA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CORBERA ALMAJANO MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidades de Corta Estancia (UCE) psiquiátricas son dispositivos de hospitalización para atención continuada 24 horas/día, para la evaluación, diagnóstico y tratamiento pluridimensional e intensivo a enfermos. La Ley 14/1986 General de Sanidad situó la hospitalización psiquiátrica en unidades psiquiátricas de hospitales generales que formarían parte de la red de recursos asistenciales del área de Salud Mental.
La UCE del Hospital Universitario Miguel Servet dispone de 19 camas, cantidad insuficiente para cumplir los ratios mínimos de 12 camas/100.000 habitantes (12-15 recomendadas por la OMS). En los últimos 5 años este déficit ha derivado en la saturación de las UCE y en medidas como el ingreso provisional en salas de observación de Urgencias o el traslado de pacientes a otras UCE de la Comunidad Autónoma alejadas del domicilio habitual del paciente, con la consiguiente pérdida de calidad en la atención. Como respuesta, se decidió la ampliación de camas del HUMS estableciendo 12-15 camas en un espacio de hospitalización psiquiátrica ya preparado pero no usado en el Hospital Militar de Zaragoza, dotándolo del personal médico, DUE, TCAE y celadores necesario para el correcto funcionamiento del dispositivo.
El presente proyecto se justifica por la necesidad de establecer correctamente desde el comienzo las necesidades materiales y las líneas y protocolos de funcionamiento que permitan una asistencia completa, multidisciplinar, segura y de calidad para el paciente psiquiátrico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: pacientes =18 años, de ambos sexos, que precisen una intervención por patología psiquiátrica que exceda las posibilidades de asistencia en el ámbito extrahospitalario, con una estancia media menor de 30 días.
• Establecer los mínimos medios materiales y de personal para el correcto funcionamiento de la Unidad.
• Recopilar, actualizar y/o elaborar protocolos clínicos dirigidos a una atención homogénea de calidad en base a la evidencia científica actual.
• Puesta en marcha de funciones asistenciales, docentes y de investigación propias e integradas con la UCE originaria (HUMS).
• Reevaluación continuada del plan de necesidades y de protocolos.
• Recogida de datos cuantificables sobre las características de la asistencia a los pacientes con fines estadísticos y de mejora continuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las UCE.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada (1 reunión/día).
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales (mínimo 1 reunión/día laborable).
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia (Sí/No).
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc.
- Aplicación de protocolos específicos (Sí/No).
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). INDICADOR: Proyecto elaborado y comunicado a la Dirección médica, Sí/No.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. INDICADOR: =1 reunión/día.
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. INDICADOR: =1 reunión/día laborable.
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia. INDICADOR: =50% de los días.
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por

Proyecto: 2016_1483 ()

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Aplicación de protocolos específicos. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes. INDICADOR: Entregada =50%, recogida =25%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-abril de 2017: Elaboración y comunicación de las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.).
Abril-mayo de 2017: Puesta en marcha del dispositivo.
Abril-diciembre de 2017: Recogida de datos.
Enero-Febrero de 2018: Análisis de los datos y elaboración y comunicación de la memoria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1513 ()

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION. TCAE. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CEREZO SERRANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ MATEOS MORENO JAIME. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· NOVELLA NEBREDA SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· RIPALDA ROVIRA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CUADRADO MARTIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ALAYETO ADIEGO PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La UCE del HUMS (sector II) se abrió en el año 1992 con 17 camas. Posteriormente se amplió hasta 19 camas,siendo aún insuficiente para cumplir los ratios recomendados por la OMS de 12 camas por 100.000 habitantes, siendo nuestro sector de población aproximadamente de 450.000 habitantes.
En las unidades de hospitalización psiquiátrica existe saturación de demanda sobre los recursos existentes que lleva a un empobrecimiento de recursos existentes así como un estres laboral que puede poner en riesgo la calidad asistencial
Este proyecto, se justifica por la necesidad de establecer correctamente un control de los cuidados, recursos materiales y asistenciales, con un enfoque para la correcta asistencia al enfermo psiquiatrico cuando ingresa en la UCE del HUMS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos: la poblacion diana son todos los paciente ingresados en UCE, de ambos sexos, que precisen cuidados multidisciplinares.
Recogida de todos los datos cuantificables al ingreso, sobre las necesidades para el control del paciente, con la finalidad de una mejora asistencial
Aportar recursos materiales y asistenciales para el paciente y también sus familias para conseguir un correcto control y funcionamiento de la asistencia durante su ingreso hospitalario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un documento escrito, una plantilla con una serie de items pertinentes, con toda la información referida a el control necesario del paciente cuando ingresa en la UCE de Psiquiatria
Presentación del documento a los profesionales de la plantilla que trabajan en esta unidad para su implementación posterior.
Realizaran, la cumplimentación de dicha plantilla, las TCAES de la UCE, al ingreso del paciente en la unidad de psiquiatria, rellenando los items para control y cuidados del paciente durante su estancia en la UCE

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Desarrollo e implementación del documento escrito (presente/ausente)
Impartición de un taller de implementación del documento dirigido a TCAES SI/NO
Distribución del documento en la UCE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del documento : hasta diciembre del 2017
Impartición del taller para su correcta cumplimentación: Enero 2018
Implementación en la unidad para su cumplimentación por TCAES : enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0025 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)

2. RESPONSABLE ..... NOELIA JIMENO JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS
· MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS
· VILLEN ANTON ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El velar por la seguridad del paciente sometido a una
Intervención Quirúrgica, es la función más importante que tenemos como enfermeras dentro de nuestras actividades en el Bloque Quirúrgico.
Es por ello que creemos imprescindible el crear un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de seguridad, a fín de crear una sistemática consensuada y de rigor científico con el objetivo de la mejora de nuestros cuidados en beneficio del aumento de la salud del paciente.
Además de la importancia en incidir en los diferentes sistemas de seguridad, creemos que al mismo tiempo hay una importante carencia en cuanto a la protocolización y estandarización de los mismos en el Bloque Quirúrgico, cosa que nos hace plantearnos un reto importante en cuanto a la implantación y desarrollo de los mismos de manera unánime en materia de seguridad.

En la actualidad, dichos sistemas se a aplican de forma mecánica durante el acto Intraoperatorio pero no hay una planificación adecuada de los diferentes procedimientos con rigor científico que dictamine el porqué se debe de hacer de un modo determinado, cosa que puede llevar a errores, a un aumento de los riesgos intra y post operatorios, y en consecuencia, a una disminución de la calidad asistencial en beneficio del usuario.

Por todo ello creemos que es un proyecto no sólo útil en favor de la mejora de la calidad asistencial, sino que es NECESARIO, en el ámbito en el que nos encontramos, el bloque quirúrgico, donde el paciente está totalmente desprotegido al estar fuera de su entorno y su familia, y sometido a fármacos que alteran o anulan su capacidad de ?respuesta, alerta o ayuda ante los diferentes agentes externos que pueden incidir en él. La seguridad es vital para minimizar riesgos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Crear un entorno seguro en todo paciente sometido a Intervención Quirúrgica, a través de la protocolización de todas las medidas de Seguridad que confluyen en al área quirúrgica.

2.- Garantizar la mejora de la calidad de los cuidados por parte del personal que trabaja dentro del bloque quirúrgico de Traumatología de HUMS.

3.-Aumentar la motivación y satisfacción del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología de HUMS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este proyecto se presentó en la convocatoria anterior 2015, y en este año sería luna ampliación para la continuidad en el desarrollo de los protocolos marcados en el mismo.

Se pretende hacer un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de Seguridad Intra operatorios incidiendo y minimizando los principales riesgos que acontecen en el paciente:

< Riesgo úlcera por presión
< Riesgo de Caídas y Accidentes
< Riesgo de Luxaciones, roturas o dolor por posturas forzadas.
< Riesgo de quemaduras
< Riego de Electrocución
< Riego de alteraciones del sistema inmunitario < Riesgo de Infección

Se realizarán los Protocolos de posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica, Protocolo de prevención de riesgos eléctricos, protocolo de atención al paciente alérgico al látex, Protocolo de Manipulación de hemoderivados, Protocolo de lavado de manos Quirúrgico, Protocolo de desinfección y montaje del campo estéril,....etc
Los responsables de la realización de los mismos serán los profesionales implicados en dicho plan de mejora, y se utilizarán las diferentes fuentes de información científica y el consenso con otros profesionales, para estandarizar criterios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_0025 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)

Indicadores de Estructura: Creación de protocolos en materia de seguridad

Se realizarán los mismos a través del consenso entre los diferentes profesionales implicados en el tema y a través de las diferentes fuentes de información científica.

Indicadores de Proceso: Porcentaje de personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS que lleva a cabo el cumplimiento de dicho protocolo

Indicadores de Resultado: Grado de Satisfacción y motivación del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEPTIEMBRE/OCTUBRE.....revisión del estado de los protocolos desarrollados y puesta en común de los planes futuros
NOVIEMBRE- FEBRERO.....Elaboración de Protocolos
MARZO- MAYO.....Implantación de los mismos en el Bloque quirúrgico

9. OBSERVACIONES.
Se trata de un Proyecto que en la convocatoria anterior, 2015, ya se comentó que seguramente necesitaríamos una ampliación, y así lo solicitamos ahora, para poder completar su desarrollo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0142 ()

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... ESTEBAN MAYAYO SINUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELTRAN GALLEGO ALBA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GONZALVO GOMEZ ADRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La artrografia por RM directa (ARM) es la modalidad de elección radiológica en la valoración preoperatoria de la patologia intraarticular de la cadera y cada vez se demanda más, paralelamente al desarrollo de la cirugía y artroscopia de cadera.
Diversos trabajos han demostrado que el empleo de tracción permite mejorar la visualización de las estructuras intraarticulares del compartimento central de la cadera, como el labrum acetabular, la unión condrolabral, el cartílago articular y el ligamento redondo.
De todas estas estructuras la que más se beneficia de la tracción es el cartílago articular, estructura que supone un reto para el radiólogo en esta articulación. Típicamente, en el pinzamiento femoroacetabular de tipo cam, pueden existir extensas lesiones delaminantes en el techo acetabular que pueden pasar desapercibidas en ARM sin tracción. Las lesiones condrales pueden modificar el abordaje terapeutico, dado que si son extensas desaconsejan la cirugía conservadora y en ocasiones pueden requerir técnicas de reparación condral adicionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la sensibilidad en la detección de lesiones intraarticulares de la cadera respecto de la ARM sin tracción: lesiones del labrum acetabular, unión condrolabral, cartílago articular y ligamento redondo.
-En algunas de estas estructuras, como el caso del ligamento redondo, el aumento de sensibilidad se puede acompañar de un aumento de los falsos positivos de rotura, por lo que puede combinarse el estudio con tracción y sin tracción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Los estudios de ARM se realizarán especificamente en el aparato RM 1,5T del edificio multifuncional, dotado de una antena multicanal cardíaca (8 canales), óptima para el estudio de cadera.
-Realización de tracción manual para vencer la presión negativa de la cadera
-Colocación a continuación del sistema de tracción blanda que se conectará a un peso variable según las características constitucionales del paciente (se dispondrá de tres garrafas de agua, de 10, 15 y 20 Kg).
-El procedimiento de tracción manual y colocación del sistema de tracción blanda dura alrededor de 5 minutos.
-Se emplearán sistemas de clasificación y estadificación específicos de las lesiones del cartílago.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Recogida de datos descriptivos y análisis observacional de las lesiones.
-En caso de disponer en algún caso de los resultados de la artroscopia, se compararán éstos con los datos del informe radiológico.
-Se valorará la eficacia del procedimiento (objetivo: 80%) valorando si se introduce el fluido articular en la interlínea articular superior, de forma que el contraste delimite el cartílago articular del acetábulo y de la cabeza femoral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Inicio: Agosto de 2016.
-Revisión inicial a los 6 meses (Enero de 2017)
-Revisión final a los 10 meses (Mayo de 2017)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0146 ()

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CRUZ CIRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUEL GUERRERO CAROLINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA MUR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· DUESO AZNAR ABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· IBAÑEZ MORUGA CONSUELO. TCAE. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· DUARTE SANCHO LAURA. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· REDONDO BLANCO ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impuso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestion para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la seccion de Radiologia Mamaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestion de riesgos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

A continuacion poner las actividades mas importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.
Implantado registro de gestion de riesgos y diseñando los indicadores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoria interna: Febrero/abril 2017.
Revision por la Direccion: Abril 2017.
Auditoria Externa: mayo/junio 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

Proyecto: 2016_0146 ()

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0463 ()

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES (IMPLANTES COCLEARES. MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES...) FRENTE A RESONANCIA MAGNETICA

2. RESPONSABLE ..... CELIA BERNAL LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERAL MORAL PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· MARTINEZ GARCIA ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· LEACHE PUEYO JAIME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· OLORIZ SANJUAN TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BARRERA ROJAS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· MAESTRO PEÑA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los problemas que nos encontramos con relativa frecuencia en los servicios de radiodiagnóstico, es la necesidad de realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes portadores de dispositivos implantables, hecho cada vez más frecuente, por el desarrollo tecnológico, el avance de la medicina y la necesidad creciente de realizar seguimiento y pruebas de imagen a pacientes cada vez más complejos. Es por tanto de gran importancia valorar la seguridad de los dispositivos implantables en los estudios RM.
Ante la gran cantidad de dispositivos implantables y casas comerciales, es difícil en algunas circunstancias conocer la seguridad del dispositivo frente al estudio RM, por diferentes circunstancias.
Ante estas situaciones en algunas ocasiones se desestima la realización de una prueba de RM por falta de información acerca de la seguridad y posterior control del dispositvo.
Todos conocemos las listas de espera para la realización de una prueba de imagen, y si un estudio no puede realizarse por falta de seguridad, además de la espera y molestias generadas en el paciente, estamos perdiendo una exploración en la sala de RM que podría haberse empleado para valorar a otro paciente.
Con el fín de que no se repitan estas situaciones en pacientes con dispositivos implantables, surge la idea de este proyecto de mejora con una doble finalidad:
Garantizar la seguridad del paciente y realizar estudios RM en pacientes portadores de dispositivos implantables compatibles con RM, creando un grupo multidisciplinar donde el radiológo, el enfermero de la RM, y el médico responsable del dispositivo (neurocirujano, cardiólogo, anestesista, otorrinolaringólo), establezcamos una estrecha relación para el manejo de estos pacientes, tanto antes como después de someter al paciente a la prueba.
Controlar la gestión de las exploraciones de RM, evitando así la pérdida de exploraciones, o la duplicación de peticiones por la falta de información acerca de la compatibilidad del dispositivo con la técnica a realizar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Comunicación fluida entre Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantables y su seguridad frente a RM
Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
Permitir la realización de exploraciones RM en pacientes portadores de dispositivos implantables seguros.
Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones con los miembros del grupo de mejora y las casas comerciales responsables de los dispositivos implantables acerca de la seguridad.
Realizar reuniones con los miembros del grupo de mejora obteniendo información de los dispositivos implantables, y la necesidad de realizar estudios RM en dichos pacientes valorando beneficio/riesgo de la prueba.
Conseguir que los pacientes acudan a la cita de la RM con la tarjeta de los parámetros técnicos de su dispositivo (en el caso de los de nueva generación).
Diseñar fichas para la recogida de datos por parte del médico con información necesaria acerca del dispositivo implantable y su seguridad frente a RM.
Aportar información a nuestros colegas por medio de circulares/mails, páginas como MRI safety y documentación facilitada por las casa comerciales.
Publicar en intranet las recomendaciones y seguridad de los dispositivos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Contabilizar la pérdida de huecos debida a estas situaciones.
Poder realizar pruebas de RM en pacientes con dispositivos implantables de forma segura.
Confirmar la seguridad de dichos dispositivos frente a RM, y registrarlos en un documento.
Publicar en intranet las recomendaciones y la seguridad de los dispositivos.
Valorar satisfacción del paciente y los servicios peticionares mediante encuestas de satisfacción.
Renovación y reevaluación posteriormente nuevos dispositivos que hayan sido comercializados.Reunión semestral por ejemplo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realizar una primera reunión en octubre/noviembre con todos los miembros del grupo para poder establecer reuniones con las casas comerciales y reuniones según necesidades con cada especialista para determinar la pauta a seguir de consulta–estudio RM–control posterior.

Proyecto: 2016_0463 ()

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES (IMPLANTES COCLEARES. MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES...) FRENTE A RESONANCIA MAGNETICA

Calendario de citas según posibilidades de las casas comerciales: una al mes por ejemplo para conocer las características de dichos dispositivos.
Reunirnos con cada servicio peticionario para establecer los criterios de control (antes y después de la RM para garantizar su correcto funcionamiento) y definir el proceso a seguir.
Sesiones de servicio para dar a conocer el procedimiento a seguir.
Una vez sentadas las bases del proyecto con una reunión cada seis meses se actualizarán los nuevos dispositivos que hayan salido al mercado y valorar posibles incidencias

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Eficiencia de recursos y seguridad del paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo paciente que va a realizarse estudio de Resonancia Magnética
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0539 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GRIMA GRIMA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VENTURA MILLAN ANA ISABEL. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· PIEDRAFITA NADAL ZULEMA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· PEREZ DIAZ JOSE JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· VELA VELA SONIA. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· EGEA VILLANUEVA MARIA PILAR. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTHER. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de tomografía axial computarizada existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen cinco aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados, desarrollando por escrito dichos protocolos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es que en cada aparato de TAC se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradióloga y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en el TAC, consistirá en:
.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradióloga y cara cuello se reunirán en el aparato TAC correspondiente a la actualización.
.La nomenclatura para los nuevos protocolos de TAC que se utilizará será la siguiente:
En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.
Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.
.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de TAC.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica,
IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:
.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.
.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.
.Registro de incidencias
.Número de incidencias registradas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.
El cronograma que vamos a utilizar es:

1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de TAC, actualizando la nomenclatura
2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO CON TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0539 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0541 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

2. RESPONSABLE ..... JOSE JESUS ARTAJONA BLANCO
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· LLORO LANCHO MERCEDES. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· MARTINEZ CORTES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· MAÑAS CRIADO JESICA. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· MAESTRO PEÑA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· VILLALBA ABRIL FERNANDO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de resonancia magnetica existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen tres aparatos de resonancia magnética (RM) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados, desarrollando por escrito dichos protocolos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es que en cada aparato de RM se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradióloga y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en la RM,consistirá en:
.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradióloga y cara cuello se reunirán en el aparato RM correspondiente a la actualización.
.La nomenclatura para los nuevos protocolos de RM que se utilizará será la siguiente:
En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.
Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.
.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de RM.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica
IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:
.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.
.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.
.Registro de incidencias
.Número de incidencias registradas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.
. El cronograma que vamos a utilizar es:

1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de RM, actualizando la nomenclatura
2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0541 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Proyecto: 2016_0591 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... PILAR SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL LAFUENTE CELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· BENITO TOMAS MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GOMEZ GIL TERESA. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001.
El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:
- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001.
Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:
Fase de documentación
o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.
o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección
Fase de implantación
o Implantar el sistema
o Realizar la auditoría interna
o Revisión por la Dirección
Fase de consolidación
o Solicitar la Certificación a empresa acreditada
o Auditoria externa
o Plan de acciones correctoras
o Certificación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar la auditoría interna
Realizar la revisión por la Dirección
Realizar la auditoría externa
Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorias interna y externa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase de documentación: Enero 2017
Fase de implantación:
- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017
- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017
Fase de consolidación:
- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017

Proyecto: 2016_0591 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Certificación ISO-9001
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0917 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MARTIN CUARTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· VILLA VIÑAS DIASOL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GOMEZ GIL TERESA. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· BUIL SANZ SELINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· BADESA PEÑA JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad no existe un único registro en el servicio de Radiodiagnóstico, en el que queden recogidos los incidentes que ocurren durante el trabajo. Actualmente existen varios registros en formato papel para incidentes de tipo técnico, alergias al contraste y caída de pacientes. No existen ningún tipo de registro de otro tipo de incidentes como error al identificar a un paciente, al identificar la lateralidad de la exploración (por ejemplo rodilla derecha o izquierda), problemas con la calidad de las imágenes obtenidas (por mala técnica o por deficiencia de los aparatos), incidencias con otros medicaciones, catéteres, etc.
Se pretende pues registrar todos esos incidentes, y si es posible en un único registro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener un registro informático de todo tipo de incidentes que ocurran en el servicio de Radiodiagnóstico en relación a las exploraciones que en él se realizan.
Detectar los problemas e incidencias que ocurren durante la realización de los estudios, en cualquier fase del proceso radiológico con el fin de realizar el seguimiento de todos los efectos adversos que permitan realizar las correspondientes líneas de mejora.
Permitir un acceso sencillo al registro informátioco desde los ordenadores del servicio, así como su consulta por los responsables (Jefes de Servicio o Sección, Supervisoras), clasificación de incidentes, etc.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El ámbito de implantación inicial sería el Servicio de Radiodiagnóstico del edificio multifuncional, en el contexto de la implantación del recientemente desarrollado Programa de Garantía de Calidad de dicho edificio.
La metodología será:
- Reunión del grupo de mejora para abordar cuales deben ser las características de le herramienta, apartados a recoger, opciones, etc.
- Diseño de la herramienta informática (tipo excel o access)
- Implantación de la herramienta en un periodo de prueba
- Reuniones con el personal para explicar la herramienta, manejo…
- Evaluación tras ese periodo de prueba de número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
- Reunión y/o encuestas con el personal para valorar su opinión, posibilidad de mejora, etc.
- Realizar posibles modificaciones ante los problemas o sugerencias aportadas
- Instauración definitiva de la herramienta
- Valorar el nivel de implantación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras la instauración inicial en periodo de prueba de la herramienta informática, se evaluará el número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
Se estudiará el número de registros, correcta cumplimentación de los campos, etc.
Se valorará mediante reuniones y/o encuestas con el personal su opinión, posibilidad de mejora, sugerencias, etc.
Todo ello previo a la instauración definitiva de la herramienta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio de este proyecto será noviembre de 2016 hasta noviembre de 2018.
El cronograma previsto es:
- Formación del grupo de trabajo y definición de competencias: 1 mes
- Diseño de la herramienta informática: 3 meses
- Implantación de la herramienta en periodo de prueba: 6 meses
- Evaluación del periodo de prueba e introducción de mejoras: 5 meses
- Validación de la herramienta e implantación definitiva: 8 meses
- Evaluación global de resultados: 1 mes

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

Proyecto: 2016_0917 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes de urgencias y traumatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0913 ()

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA GANDIA MARTINEZ
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA CUEVA BARRAO LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA NUCLEAR
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Universitario Miguel Servet cuenta con la Acreditación ISO 9001:2008 para el área de la dosimetría clínica desde el año 2012. Distinguimos procedimientos para los tres servicios implicados directamente con el uso de radiaciones ionizantes: Radioterapia, Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

En concreto, la estimación de dosis impartida a pacientes del Servicio de Medicina Nuclear se viene realizando bajo demanda, en aquellos casos en que el Médico Especialista considera de especial interés disponer de dicha información.

La Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo, que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes, establece en su artículo 58 que la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico. Esto implica que la información de la dosis absorbida ha de estar disponible para cualquiera de los procedimientos que se realizan en el Servicio de Medicina Nuclear.

En este sentido, el Servicio de Física y Protección Radiológica se va a encargar de buscar las herramientas para el cálculo de la dosis efectiva a partir de la información del radiofármaco y actividad administrada, para las exploraciones diagnósticas habituales. Estos valores los pone a disposición del Servicio de Medicina Nuclear para su gestión posterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Seguridad de pacientes. Cumplimiento de los objetivos de la Directiva Europea EURATOM 2013/59 relativos a la información de la dosis efectiva en los procedimientos de medicina nuclear que sirva de orientación a los médicos prescriptores y mejorar los niveles de seguridad clínica facilitando al paciente su derecho a la información.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de Medicina Nuclear con la descripción de radiofármacos y dosis empleados
• Revisión bibliográfica de los métodos de cálculo de dosis efectiva en exploraciones de MN
• Establecer junto con el Servicio de Medicina Nuclear la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo
• Analizar con Siemens las herramientas de exportación de valores de dosis de TC
• Facilitar la implementación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de procedimientos diagnósticos identificados – Nivel 100%
- Establecimiento con MN de la sistemática más conveniente – Nivel SI
- Incorporación de las dosis debidas a las exploraciones con TC Siemens – Nivel SI
- Porcentaje de pacientes atendidos en MN que disponen de registro de dosis en el mes de diciembre – Nivel 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El calendario viene marcado por el proyecto que en este mismo sentido desarrolla el Servicio de Medicina Nuclear. Para poder iniciar las pruebas de introducir valores de dosis en HpDoctor en junio de 2017, es necesario que el Servicio de Física tenga disponibles dichos valores. El calendario será:

Tabla de procedimientos y parámetros de entrada – febrero 17
Decisión de método de cálculo y desarrollo – abril 17
Tabla de dosis absorbidas a disposición del Servicio de Medicina Nuclear – junio 17

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas

Proyecto: 2016_0913 ()

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1271 ()

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIA FISICA

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA GANDIA MARTINEZ
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ANDRES REDONDO MERCEDES. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· LOZARES CORDERO SERGIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ ALBERICIO JAVIER. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· VILLA GAZULLA DAVID. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· YANGUAS GARRIDO ELENA. TSRT. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
NECESIDAD DE SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO REFLEJADA EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DE NUESTRO SERVICIO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MANTENIMIENTO DE CERTIFICACIÓN EN EL PROCESO DE DOSIMETRÍA CLÍNICA. AMPLIACIÓN DEL ALCANCE A DOSIMETRÍA FÍSICA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS EXISTENTES EN DOSIMETRÍA CLÍNICA.
DAR FORMATO ISO A LOS PROCEDIMIENTOS EN USO RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA Y FORMATOS A LAS HOJAS DE RECOGIDA DE RESULTADOS
CREACIÓN DE NUEVOS PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS QUE PUEDAN FALTAR RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
TENER LA DOCUMENTACIÓN NIVEL: SI/NO
IMPLEMENTAR EN DOSIMETRÍA FÍSICA NIVEL: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
AÑO 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0169 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL METODO DE EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... PILAR RUEDA GORMEDINO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PINILLA VELA ANA. LOGOPEDA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO. LOGOPEDA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se define como trastornos deglutorios o disfagia orofaríngea a la incapacidad para poder deglutir alimentos sólidos o líquidos. Está presente entre el 30 % al 50% de pacientes con daño cerebral adquirido, ya sea por diferentes causas (vasculares, traumáticas, tumorales..). Las consecuencias pueden llegar a afectar gravemente la salud del paciente ocasionándole: desnutrición, deshidratación y problemas respiratorios de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con las comidas o los líquidos, llegando incluso a la muerte del paciente. Por otro lado la recuperación del paciente puede ser más lenta lo que repercute a su vez en estancias hospitalarias largas y costosas debido a los cuidados que requieren las complicaciones médicas que pueden manifestarse.
La detección precoz es fundamental.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Formar al personal de enfermería en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
- Detección precoz de las alteraciones de la deglución en estos pacientes.
- Adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-El método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V)es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Consiste en la administración de tres bolos de viscosidades y volúmenes diferentes y detecta, de una manera segura, los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución.
Se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario. Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia(VDF).

- Se espera que tras la correspondiente formación del personal de enfermería sobre la evaluación y screening de la disfagia éste se realice de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de padecer un trastorno de deglución.
-Ante cualquier duda se consultara con la Unidad de Disfagia del Servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la evaluación se rellenara un registro impreso en cada prueba que se realice, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exahustivo del programa de mejora.
Como indicadores se puede evaluar:
% de personal sanitario formado en el método
% de MECV-V practicados según el registro
% de medidas dieteticas/ rehabilitadoras derivadas de ello.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El periodo de formación del personal sanitario se realizará mediante talleres entre los meses de enero-marzo de 2017 y a partir de esa fecha se llevará a cabo en todos aquellos pacientes que puedan presentar patología en el mecanismo de la deglución.

9. OBSERVACIONES.
Se hará una correlación entre los resultados obtenidos en el MECV-V y la evaluación instrumental de la disfagia por medio de la videofluoroscopia de la deglución, en aquellos pacientes que lo precisen.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0169 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL METODO DE EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0337 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAYAYO SINUES ESTEBAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA GALAN MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad por depósitos de cristales de hidroxiapatita es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, causada por depósitos de hidroxiapatita periarticulares y/o intraarticulares. La enfermedad se manifiesta clínicamente por dolor localizado, hinchazón y sensibilidad de la articulación afectada, junto con la limitación de la movilidad articular. Existe controversia sobre su tratamiento, existiendo distintos abordajes terapéuticos con resultados variables (1). Este trastorno es frecuente en personas entre 30 y 60 años de edad, en mujeres y en trabajadores que realizan labores sedentarias. Radiológicamente, en adultos asintomáticos, la calcificación se encuentra entre un 7,5 - 20%, y en pacientes con dolor de hombro en el 6,8%.
En el momento del diagnóstico, los pacientes pueden estar asintomáticos (un tercio de los casos), y se descubre casualmente por una radiografía. Debido a que la tendinopatía calcificada es una enfermedad autolimitada, el tratamiento de elección debe ser eficaz, libre de complicaciones, y mínimamente invasivo. Si la enfermedad es asintomática no precisa tratamiento, si bien la mayoría de los pacientes sí lo requieren debido al dolor severo que padecen. En estos casos, el tratamiento es conservador, e implica el uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, terapia física, iontoforesis con ácido acético, tratamiento con ultrasonidos, e incluso las inyecciones de cortisona subacromial. Estos tratamientos sólo proporcionan un alivio temporal y no están libres de complicaciones (2).
La aspiración percutánea guiada por ultrasonidos es eficaz a corto y a largo plazo, con resultados similares o mejores que los conseguidos con otras técnicas. Con esta técnica el 91% de los hombros habían mejorado sustancialmente o completamente, el 64% tenían un movimiento perfecto y las calcificaciones se habían resuelto o casi resuelto en el 89%(3). Resultados similares al de la cirugía artroscópica (4).
Bibliografía:
1. Hamada J, Ono W, Tamai K, Saotome K, Hoshino T. Analysis of calcium deposits in calcific periarthritis. J Rheumatol. 2001 Apr;28(4):809-13
2. Leduc BE, Caya J, Tremblay S, Bureau NJ, Dumont M. Treatment of calcifying tendinitis of the shoulder by acetic acid iontophoresis: a double-blind randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Oct;84(10):1523-7.
3. Serafini G, Sconfienza LM, Lacelli F, Silvestri E, Aliprandi A, Sardanelli F. Rotator cuff calcific tendonitis: short-term and 10-year outcomes after twoneedle us-guided percutaneous treatment--nonrandomized controlled trial. Radiology. 2009 Jul;252(1):157-64.
4. Barrera Cadenas JL, Campa Rodríguez A, Vallina García-Prendes V.Resultados del tratamiento artroscópico de las tendinitis calcificantes del manguito de los rotadores del hombro. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2010;54(2):100-5

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evaluar la efectividad y la respuesta al tratamiento a corto plazo (3 meses), en pacientes sintomáticos
- Comparar la efectividad y la respuesta al tratamiento, entre pacientes que se logró aspirar la calcificación, y los pacientes que se fragmentó la calcificación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- A los pacientes incluidos en el estudio, se les hace una historia clínica, en la que se hace constar los datos de filiación, anamnesis, exploración física del hombro y pruebas complementarias

- El deterioro del hombro se valorará con el cuestionario de Oxford y la puntuación de Constant

- La forma del acromion, según la clasificación de Bigliani y Morrison, se valorará con radiografía del desfiladero subacromial

- Se identificarán las calcificaciones, y se registrarán su número, tamaño, ubicación, disposición y densidad, tanto en el estudio radiológico y ecográfico

- Se procederá a realizar la técnica previa información al paciente y firma del consentimiento informado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En la primera revisión, al mes del tratamiento, se realizó el cuestionario de Constant y de Oxford, y un control ecográfico y radiológico para valorar el estado de las calcificaciones. Si en este control, algún paciente presentara alguna calcificación densa, se realiza un segundo tratamiento. A los 3 meses del tratamiento inicial, se cita a los pacientes para una evaluación final. Se cumplimenta un test de Constant y un cuestionario de Oxfod, y se realiza un estudio ecográfico y radiológico, para comprobar el estado de las calcificaciones,

Proyecto: 2016_0337 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

registrando si había algún cambio en la ecogenicidad, en el tamaño, en su número y si éstas persisten.

- Número de pacientes a los que se les ha realizado la técnica

- Número de Rx y Ecografías que muestran la desaparición y/o cambio en la imagen tras la aplicación de la técnica en el primer y tercer mes

- Valoración funcional del hombro mediante la escala Constant y Oxford

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2016-junio 2017: selección de pacientes
Octubre 2016-junio 2017: aplicación de la técnica
Noviembre 2016-Mayo 2017: recogida de datos
Enero-Febrero 2017: sesión clínica

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0343 ()

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA –ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... RICARDO JARIOD GAUDES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· MARTITEGUI JIMENEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· FERRANDO MARGELI MERCEDES. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· TERRER PEREZ ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· CERCADILLO ISLA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Unidad de Lesionados Medulares –ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido –UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,…) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos,etc…) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido –ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así trasformarlos en oportunidades de mejora

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera –documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.-Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.
Certificación ISO 9001.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0343 ()

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA –ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0394 ()

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARTITEGUI JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PINILLA VELA ANA. LOGOPEDA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· CANTERO LATORRE ANA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE LA FUENTE BAYO DAVID. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· BLASCO GARCIA TANIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· ABAD BABIER MARIA ROSARIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El ictus es una patología aguda que cambia de forma brusca la vida no solo del paciente sino también de los familiares que lo rodean. Es importante iniciar el proceso de rehabilitación cuanto antes para minimizar las secuelas y conseguir la más alta funcionalidad, pero éste es un proceso largo que debe continuar también tras el alta hospitalaria. Por eso, es fundamental que el familiar o cuidador principal del paciente sepa cómo manejarlo, cómo comportarse ante determinadas situaciones y saber qué hacer para colaborar en la recuperación del paciente precisando pues la educación y adiestramiento que recibirá con este nuevo proyecto. También es fundamental que la información recibida por parte de cada profesional sea homogénea por lo que la elaboración de un equipo de trabajo multidisciplinar ayudará a consensuar en cada caso la información a ofrecer.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer las líneas de trabajo entre los distintos profesionales implicados en la atención al paciente agudo con ictus.
- Elaboración y difusión de una guía sobre los cuidados al paciente agudo con ictus.
- Fomentar la formación, información e implicación de los familiares directos del paciente agudo con ictus durante el ingreso hospitalario y tras el mismo.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Crear un grupo de trabajo con los profesionales implicados.
- Definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
- Sesiones informativas, formativas y de apoyo a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
- Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.
- Puntos sobre los que podría informar Enfermería:

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de familiares formados/ nº de familiares susceptibles de ser formados.
- Grado de satisfacción medido con encuesta específica
- Grado de utilidad recogido en primera revisión tras el alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ACTIVIDADES	09/16	10/16	11/16	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17
Elaboración	x	x	x	x					
Implantación				x	x	x	x	x	x
Valoración					x	x	x	x	

Desde Septiembre 2016 hasta Diciembre 2016, elaborar el programa y establecer las líneas de trabajo.
Desde Enero hasta Junio de 2017, implantar la escuela en la unidad.
De febrero a Junio valorar el proyecto.

9. OBSERVACIONES.
Las sesiones se realizarán de forma individualizada

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0573 ()

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA BETEL HIDALGO MENDIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARIOD GAUDES RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· POCIÑA NIEVES AURORA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· SARTAGUDA ALABART MIREYA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· ROYO JORDAN REBECA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incontinencia fecal es una de las afecciones más frecuentes en gastroenterología. Constituye una afección muy incapacitante, además del coste económico, se añade la afectación de las relaciones sociales, sexuales y laborales del individuo, que llegan incluso al aislamiento del individuo. Se considera que hasta un 1,5%de la población puede presentar escape de gases y/o sólidos. Puede llegar al 17% en poblaciones mayores de 70 años. La incidencia se aumenta con la edad y otras afecciones del suelo pélvico. Como factores causales están la cirugía anorectal, neoplasias, radioterapia, enfermedades neurológicas y traumatismos. Estos van a alterar en cierta manera los mecanismos de continencia anal como son la distensibilidad, la función esfinteriana, o la sensibilidad rectal. Los tres pilares básicos en el tratamiento de la IF son las medidas higiénico-dietéticas, la rehabilitación del suelo pélvico y la cirugía.
La rehabilitación del suelo pélvico ha demostrado beneficios importantes en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida de los pacientes. Los estudios muestran mejorías significativas del 50 al 80% de los pacientes. Incluye diferentes técnicas terapéuticas con el objetivo de fortalecer la musculatura del suelo pélvico y del esfínter anal, el tono, la resistencia y coordinación, además de mejorar la sensibilidad rectal y la proctalgia. Estas técnicas incluyen: entrenamiento bajo control electromiográfico y visual o Biofeedback, electroestimulación de superficie, electroestimulación selectiva del nervio tibial posterior así como trabajo manual desfibrosante y de flexibilización de la musculatura pelvi-perirectal.
La existencia de numerosas terapias hace que exista gran variabilidad en los tratamientos realizados, que deben ser indicados en función de los factores causales para lograr una mejoría funcional y de calidad de vida. La creciente demanda de tratamiento para disfunciones de suelo pélvico es cada vez mayor con la consiguiente lista de espera para realizarlos, por lo que creemos necesario la creación de un protocolo de actuación y coordinación entre los profesionales implicados.
Bibliografía:
1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. JAMA995;274:559.
2. Schiller L. Treatment of fecal incontinence. Current Options in gastroenterology. 2003;6:319-27.
3. Benages A, Minguez M. Utilidad de las técnicas manométricas en el tratamiento de la incontinencia anal del adulto. Programa de biofeedback: Protocolos metodológicos. Grupo español para el estudio de la motilidad digestiva.
4. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2001;44:131-42.
5..Jorge JN.N, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97.
6.Cook TA, Mortensen NJMcC. Management of faecal incontinence following obstetric injury. Br J Surg. 1998;85:293-9.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación e implementación de un protocolo de actuación para médicos y fisioterapeutas para el tratamiento de pacientes derivados de los Servicios de Cirugía General, Digestivo y Ginecología del Hospital Miguel Servet. Con este protocolo se pretende:
1- Una evaluación diagnóstica completa del paciente con IF
2- Optimización de los recursos terapéuticos en cuanto a técnicas de fisioterapia adecuando los tratamientos a los factores causales de la IF
3- Minimizar los tiempos de espera para los tratamientos
4- Mejora de calidad de vida y satisfacción del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Constituir un grupo de trabajo entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas especializados en patología de suelo pélvico (Dra Hidalgo, Dr Jariod, Fisoterapeutas Mireya Sartaguda, Rebeca y Aroa Pociña)
2-Reuniones semanales para priorizar tratamiento de pacientes graves y de técnicas a seguir. Analizar pacientes que requieran nueva valoración por médico rehabilitador o suspensión del tratamiento.
3-Elaboración de un protocolo de actuación basado en la evidencia científica disponible sobre las distintas terapias físicas. (Dra Hidalgo)
4-Implantación del protocolo para actuar los profesionales implicados de manera conjunta y coordinada. Fisioterapeutas, médicos rehabilitadores.
5-Evaluación anual para comprobar resultados. (Grupo de trabajo suelo pélvico)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes tratados con mejoría en escalas de valoración de calidad de vida: 80%
-Número de pacientes tratados con mejoría en escala de gravedad (Wexner): >80%
-Tiempo de lista de espera en IF grave hasta tratamiento desde la 1ª vista con el médico rehabilitador: <1 mes
-Tiempo de espera hasta tratamiento desde la 1ª vista en IF leve-moderada: <3meses

Proyecto: 2016_0573 ()

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo: Septiembre 2016
Presentación en el Servicio: Octubre 2016
Implementación y puesta en marcha: Noviembre 2016
Análisis de resultados. Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0741 ()

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE TRIS ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEÑA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· NUEZ BASARTE NURIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· MUELAS MUELAS FELIPE. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tratamiento rehabilitador de los trastornos del aprendizaje basado en una metodología de exploración y tratamiento desarrollada sobre las bases neurofisiológicas de los mecanismos básicos del aprendizaje y la evolución neurológica, se viene realizando desde tiempo ha, en la Unidad de Rehabilitación Infantil de nuestro Servicio de Rehabilitación. Esta metodología se ha mostrado eficaz en nuestra práctica clínica, aun cuando hemos protocolizado todos los procesos que llevamos a cabo. Sin embargo no hemos gestionado informáticamente los procesos realizados. Consideramos de gran trascendencia poder tabular informáticamente los datos recopilados, al tiempo que elaborar un informe de seguimiento y alta en el HPDoctor.
La consecución de lo anteriormente expuesto haría factible la evaluación fidedigna de los resultados, además de mejorar la comunicación con otras especialidades médicas, así como con terapeutas de nuestra especialidad y con los centros educativos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En las consultas de Rehabilitación Infantil del Hospital Universitario Miguel Server se realiza el diagnostico, evaluación clínica, indicación de tratamiento y seguimiento de los niños con trastornos del aprendizaje y problemas de psicomotricidad. Estos niños realizan el tratamiento indicado en la Unidad de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
Durante el tratamiento, la terapeuta ocupacional rellena un impreso de evaluación que, en los trastornos del aprendizaje de funciones superiores, incluye:
1.- Control frontal (automatización, inhibición expectancia, estados-acciones-).
2.- Adaptación temporal.
3.- Adaptación espacial.
4.- Somatognosia.
5.- Praxis gestual.
6.- Automatización de la coordinación óculo-manual.
7.- Pinza funcional para la escritura.
8.- Sincinesia.
9.- Impersistencias motrices.
10.- Marchas.
11.- Persistencia de reflejos arcaicos.
12.- Elevación alternativa de extremidades.
En cada apartado se escribe manualmente el nivel en que se halla y los déficits que presenta en la realización de las actividades. Estas hojas de evaluación se utilizan tanto para el seguimiento en terapia ocupacional como en la consulta clínica del médico rehabilitador.
El objetivo sería realizar un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico-evolutivo con respuestas estandarizadas sobre el nivel que alcanza el niño que serviría como cuestionario de evolución y resultados, así como de informe de alta en las consultas externas de rehabilitación, incluyéndose en el HP-Doctor.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades que planteamos para mejorar nuestra actuación incluirían reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales que realizan el tratamiento con el objetivo de revisar los protocolos actuales y diseñar un cuestionario con variables que puedan ser tratadas informativamente, que mejoren la comunicación entre los diferentes profesionales que tratamos a estos niños y que resulta útil para evaluación de resultados y realización de informe médico.
Se realizaran varias evaluaciones de niños antes de su diseño definitivo.
Una vez realizado el cuestionario final de comunicara al equipo de informática y al Servicio de Admisión y Documentación Clínica para su inclusión en el HP-Doctor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en el 80% de los niños en tratamiento
Realización de informe en HP-Doctor en al menos el 80 % de los niños en tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º mes: Reuniones del Equipo Rehabilitador (Médico rehabilitador y Terapeuta Ocupacional)
2º y 3º mes: Realización del cuestionario
4º y 5º mes: Informatización del cuestionario

Proyecto: 2016_0741 ()

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

6º, 7º y 8º mes: Aplicación práctica en Terapia Ocupacional
9º y 10º mes: Aplicación práctica por Médico Rehabilitador
11º y 12º mes: evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. nIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y RETRASO PSICOMOTRIZ
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0869 ()

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES FERRANDO MARGELI
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CIRES PARDO MINERVA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· LARA MORENO NURIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· MIGUEL ROMEO ANTONIO. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· SERRANO DEL RIO MARIA PILAR. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PERALES MARTINEZ ALMUDENA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.

Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad. En estos momentos se realizan algunas acciones formativas que resultan insuficientes y únicamente una fisioterapeuta es la se ocupa de llevarla a cabo, por lo que no es posible aumentarlas. Por ello, posibilitar que exista un grupo de formadores hará posible llevar a cabo un proyecto de trabajo en servicios (UCI, Neurología) donde las características de los pacientes son especiales.

Por otro lado, llevarlas a cabo trabajando con todos los componentes de los equipos hace que sea realmente eficaz y posibilite la implicación de la supervisora, imprescindible para que perdure en el tiempo. La homogeneización de la formación recibida posibilitará que, a pesar de las continuas rotaciones de las plantillas, siga siendo eficaz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La creación de un grupo de ocho fisioterapeutas, motivados, capacitados y conscientes de la necesidad de poner en marcha este proyecto, que tienen los mismos objetivos, y pueden poner en común avances, problemas y nuevos retos, sin duda impulsará una adecuada movilización ergonómica de los pacientes.
En estos momentos son varias las unidades que están a la espera de recibir esta formación (las UCI, Neurología) y en función de la organización de las unidades se planificara el cronograma formativo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar. Es necesario personalizar la formación a las características de los pacientes ingresados en cada unidad (un paciente de UCI postcardiaca precisa una movilización diferente a un paciente neurológico/traumatológico, etc.)
Cronograma y priorización de unidades donde realizar estos talleres y reparto de actividades entre componentes del grupo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Constitución del Grupo: SI
Protocolos diseñados, revisados y actualización: 100% de los servicios o unidades que se formen.
Trabajadores implicados en la movilización (principalmente TCAE y Celadores) 80% del servicio, con implicación de supervisores de unidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo, sería deseable proporcionar esta formación a todos los profesionales implicados en la movilización de pacientes.
No obstante el plan de trabajo se realizará, inicialmente, para los años 2017/2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías que limitan la independencia del paciente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0869 ()

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Proyecto: 2016_0880 ()

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO VICENTE CARNICER
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea, nos encontrábamos con el problema de la tutorización de los ejercicios cuando el paciente era dado de alta.
Desde la unidad de disfagia y el servicio de logopedia, se creó una página web en la que aparecen de forma explícita (con un video explicativo de los ejercicios) en la que aparecen los ejercicios recomendados para cada paciente.
Estos ejercicios se pueden ver tanto en formato escrito, como el video de cada uno de ellos, facilitando su realización en el domicilio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto, es facilitar al paciente la continuidad en su rehabilitación, sin tener que desplazarse al centro correspondiente y asegurarnos una correcta realización de los ejercicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El paciente acude al servicio de rehabilitación del hospital para terapia de logopedia. Durante el tratamiento estipulado por el facultativo, el paciente realiza los ejercicios correspondientes tutorizados por el logopeda. Una vez que el paciente los realiza correctamente, se le indica la continuidad en su domicilio mostrándole la página web donde puede ver los ejercicios asignados y continuar realizándolos.
Después de un periodo de tiempo que puede variar entre dos o tres meses, el paciente es revisado en consulta para comprobar su evolución.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se le pasará una encuesta de satisfacción cuando el paciente es revisado en la consulta de disfagia.
Se realizará la misma encuesta al alta en el servicio de rehabilitación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio será en noviembre de 2016 y la finalización será cuando se obtenga una muestra significativa de pacientes encuestados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISFAGIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0975 ()

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... MARINA GIMENO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORATA CRESPO ANA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· SUPERVIA POLA MARTA. MEDICO/A. CLINICA MAYO (ROCHESTER). REHABILITACION
· LAITA MONREAL SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MATAMALA ADELL MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· CORTES RAMOS JUAN MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· SANCHEZ GRACIA JACOBO. PSICOLOGO/A CLINICO. CONSULTA PRIVADA. PSICOLOGIA CLINICA
· LARA MORENO NURIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Situación actual.
- Existen pocos trabajos en la literatura que valoren los resultados de los programas de RHB cardiaca en pacientes quirúrgicos a largo plazo
- Necesidad de medida objetiva de resultados/eficacia del programa
- Oportunidad de creación de línea de mejora en el diseño del programa de RHBC en base a los resultados a largo plazo obtenidos.
- Detección de principales problemas que encuentran los pacientes al finalizar el programa para conseguir la adherencia al cambio en el estilo de vida

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende realizar una valoración de los resultados de un programa de rhb cardiaca sobre la capacidad funcional y la calidad de vida al año .
1.- Valorar el mantenimiento de la mejora en la capacidad funcional y en el control de los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida obtenidos al final del programa, un año después de finalizarlo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión al año de los pacientes que realizaron un programa de RHBC en el hospital tras ser sometidos a cirugía cardiaca. Estudio observacional de un mínimo de 30 pacientes que tras ser sometidos a Cirugía Cardiaca son remitidos a RHBC.
Se determinan los criterios de inclusión y variables a estudio. Se seleccionan cuestionarios válidos y fiables para medición de: Adherencia a la dieta mediterránea (Cuestionario predimed), abstinencia tabáquica (historia clínica, cooximetría), calidad de vida (euroquol, SF36), ejercicio físico (cuestionario IPAQ) junto con estudio antropométrico, y nuevo test de esfuerzo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Comparación de resultados de los pacientes al finalizar programa y al año.(CV)
2.- Número de ingresos hospitalarios y complicaciones médicas.
3.- Adherencia a los cambios(comparación de encuestas al finalizar programa y al año: dieta mediterránea, actividad física, abstinencia tabáquica)
Se obtienen a través de entrevista clínica, exploración física y cuestionarios. Posteriormente se realiza análisis de los resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en Noviembre 2016 se realizará a lo largo de 1 año.
1.- Elaboración de protocolo de valoración (noviembre -diciembre16)
2.- Remisión al comité de ética para su aprobación (diciembre16)
3.- Selección e inclusión de los pacientes(diciembre16-mayo17)
3.- Seguimiento de los pacientes(diciembre16-mayo17)
4.- Análisis de los resultados (junio)
5.- Presentación de resultados y conclusiones ·(junio -noviembre17)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0975 ()

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Proyecto: 2016_1033 ()

1. TÍTULO

FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORATA CRESPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO GONZALEZ MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· LAITA MONREAL SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· MORENO FRAILE RAQUEL. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FORES CATALA MARÌA MARIA DE LOS DESAMPARADOS. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DE LA FUENTE BAYO DAVID. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· RUIZ SERRANO JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La rehabilitación cardiaca se divide en 3 fases:
- FASE 1: ingreso hospitalario del paciente.
- FASE 2: subaguda, en la cual el paciente realiza el programa de forma ambulatoria.
- FASE 3: desde que el paciente finaliza la fase 2 hasta el resto de su vida.

No existen dudas sobre la evidencia científica de los programas de rehabilitación cardiaca, son costo-efectivos, disminuyen los costes sanitarios y mejoran la capacidad funcional, supervivencia y calidad de vida de las personas que los realizan.
El año pasado, dentro de los programas de apoyo para mejorar la calidad en el Servicio Aragonés de Salud, fue aceptado un programa que solicitó la Unidad de Rehabilitación Cardiaca con el fin de desarrollar la fase 3 a nivel extrahospitalario.
El objetivo inicial era informar y establecer vías de contacto con los profesionales de Atención Primaria de algunos centros de salud del Sector 2. Hasta el momento hemos entrado en contacto con 4 centros de salud, en el de Fuentes Norte se va a desarrollar un proyecto piloto en el que están implicados personal médico y de enfermería, a través de una enfermera de enlace se va a realizar seguimiento y control de factores de riesgo cardiovascular de forma individualizada a aquellos pacientes que han finalizado la fase 2.
Una de las causas para la baja implementación de los programas de Rehabilitación Cardiaca en nuestro medio, a pesar de la demostrada efectividad de los mismos, es el desconocimiento tanto por parte de las autoridades sanitarias, como los de los profesionales de atención primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar el conocimiento de los profesionales de atención primaria de los programas de Rehabilitación Cardiaca.
2. Desarrollar iniciativas por parte de los profesionales de atención primaria para el desarrollo de la fase3.
3. Establecer una vía de contacto a internivelar, correo electrónico de la Unidad activo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Desarrollo de sesiones informativas y de intercambio de ideas entre los profesionales de los dos niveles asistenciales: Atención primaria y Unidad de Rehabilitación Cardiaca.
2. Conseguir 1 o 2 profesionales interesados en el riesgo cardiovascular en cada uno de los centros de salud.
3. Desarrollo de la menos un proyecto de fase 3

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Análisis de una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos de los profesionales de atención primaria tras la realización de las sesiones en los diferentes centros de salud.
2. Desarrollo de al menos una nueva línea de trabajo en alguno de los centros de salud a los que nos desplazaremos.
3. Análisis de la asistencia del personal de atención primaria a las sesiones conjuntas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase inicial: desarrollo de 7 sesiones de trabajo centros de salud del sector 2.
Fase secundaria: elaboración de un proyecto para el desarrollo de fase 3 en alguno de los centros de salud en los que se desarrollen las sesiones informativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1033 ()

1. TÍTULO

FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Proyecto: 2016_0667 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

2. RESPONSABLE ..... CARLOS VAZQUEZ GALEANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASORRAN BERGES MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· PECONDON ESPAÑOL ANGELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MEDRANO SANILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MARZO GRACIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular, en un alto porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la Atención Primaria la primera línea de atención de nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de los profesionales de este sector

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reconocimiento y Detección precoz de la EAS desde el ámbito de la AP.
Derivación rápida y accesible a las Consultas especializadas en EAS del Sº de Reumatología (EAS-Reum) para implementar un estudio rápido, eficiente e integral del paciente target y coordinar tanto la solicitud de pruebas diagnósticas como la interconsulta con otros servicios potencialmente implicados en su tratamiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Presentaciones inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros ulteriormente, en función de los resultados; se pretende enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indice de primeras visitas bajo epígrafe EAS –Reum/Total de primeras visitas
- Número de casos de sospecha EAS remitidos desde cada centro de Salud implicado en el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comenzará a implementarse a primeros de 2017, inicialmente con idea de mantenerse a lo largo de este año .
- Se comenzaría en Enero con las charlas informativas por parte de los reumatólogos en los centros de salud correspondientes.
- A partir de febrero se iniciaría período de implementación de derivaciones, de forma progresiva .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM). CANAL DE DERIVACION RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PECONDON ESPAÑOL ANGELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· VAZQUEZ GALEANO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MERIÑO IBARRA ERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MEDRANO SANILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· HIGES HIGES ANGELES. TCAE. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular en un elevado porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la AP la primera línea de atención en nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de nuestro servicio de Reumatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. La consecución de una mejora continua de la comunicación y colaboración con Atención Primaria que ayude a reconocer y detectar precozmente las EAS en dicho ámbito. .
2. Derivación rápida y accesible a nuestras Consultas monográficas de (EAS-Reum), con el empeño inicial de hacerlo en menos de 10 dias.
3. Realización eficiente de diagnóstico e inicio precoz del tratamiento de estas enfermedades, coordinando, si fuera preciso desde nuestra unidad, la asistencia con otras especialidades potencialmente implicadas en el manejo clínico-terapéutico de las manifestaciones clínicas de estos pacientes.
4. Aumentar de satisfacción de los pacientes
5. Conocer el grado de satisfacción con esta via de los facultativos de AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA:Queremos mejorar la calidad de atención al pacientes con sospecha de EAS,

1. Creando una vía de derivación especifica
2. Abriendo a AP la agenda de Capilaroscopia de Reumatología
3. Centralizando la atención en una consulta monográfica .
4. Coordinando la atención multidisciplinar del paciente.

ACTIVIDADES:
1. Llevar a cabo presentaciones, inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros ulteriormente en función de los resultados. Se pretende un enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .
2. Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
3. Apertura a AP de agenda de Capilaroscopia
4. Colgar en intranet de AP la documentación apropiada
5. Apertura de la agenda para AP de citación para esta vía de canalización
6. Creación de una base de datos para estos pacientes
7. Confeccionar/modificar/mejorar protocolos de actuación para el manejo diagnostico y terapéutico de estos pacientes en la consulta monográfica basados en guías y consensos.
8. Confección cuestionarios de satisfacción pacientes y facultativos AP
9. Realizar encuestas de satisfacción en médicos de AP
10. Realizar encuestas de satisfacción en pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para este primer año realizaremos evaluaciones preliminares centradas en el funcionamiento del canal de derivación

1. Tiempo de demora en la asistencia desde la fecha en que es derivado el paciente (nº días demora: Fecha de remisión desde AP - Fecha de atención en EAS-Reum).
2. Conocer el porcentaje de los pacientes remitidos a esta consulta que presentan una enfermedad autoinmune (nº pacientes con EAS/nº total de pacientes derivados)
3. Frecuencia de las diferentes EAS

Proyecto: 2016_1432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM). CANAL DE DERIVACION RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA

a. LES (nº LES/nº total EAS)
b. Esclerodermia-ESP (nº ESP/nº total EAS)
c. Miopatías inflamatorias (nº MI/nº total EAS)
d. Sjögren 1ª (nº Sjögren 1º/nº total EAS)
e. Vasculitis (nº vasculitis/nº total EAS).
4. Grado de satisfacción del paciente (% de pacientes satisfechos o muy satisfechos)
5. Grado de satisfacción del facultativo de AP con el proyecto (% de facultativos de AP satisfechos o muy satisfechos)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- Presentacion canal de derivación/charlas inicialmente en 5 centros de AP en septiembre- octubre del 2017. Responsables: jefe de servicio (Dr Manero); Dres.Pecondón, Vazquez, Meriño, Medrano, Beltran,Lesta.
2- Colgar en Intranet de AP documentación en octubre 2017. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón.
3- Apertura de agenda capilaroscopias a AP en octubre 2017. Responsables: Dr Manero.
4- Apertura de nuestra agenda para la derivación de pacientes: en noviembre 2017. Responsable: Dr Manero.
5- Creación de base de datos diagnóstica : septiembre-octubre 2017. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
6- Confección de encuestas de satisfacción, en octubre-noviembre 2017. Responsables: Dres. Pecondon, Vazquez y Meriño.
7- Revisar/confeccionar protocolos clinicos durante todo el periodo de duración del proyecto. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
8- Evaluación preliminar Tiempo de demora en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondon, Dr Vazquez y Dr Meriño.
9- Evaluación preliminar porcentaje de pacientes correctamente remitidos en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño
10- Evaluación preliminar % Dcos por patologías en febrero 2018. Responsables: Dres. Pecondón, Vazquez y Meriño
11- Evaluación grado de satisfacción del paciente en febrero-marzo 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
12- Evaluación grado de satisfacción de los facultativos de AP en abril-mayo 2018. Responsables Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ GALEANO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MEDRANO SANILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MERIÑO IBARRA ERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· PEREZ BORAU MARIA ANTONIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La optimización realizada actualmente en la artritis reumatoide tratada con terapia biológica, se basa exclusivamente en datos clínico-biológicos. Estos resultan insuficientes para la optimización de dichas terapias . Hay frecuentes recidivas que pueden ser favorecidas por la falta de remisión o baja actividad de la enfermedad. Un objetivo estratégico del servicio son las terapias biológicas, su optimización adecuada evita la intensificación de los tratamientos, disminuye efectos secundarios y consigue un menor gasto y una mayor satisfacción del paciente. Como addendum, el proyecto NATUC, pendiente de aprobar como cartera de servicios, para realizar anticuerpos antiTNF, permitirá una forma más lógica de optimizar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera detectar pacientes que estén en remisión/no remisión ecográfica para mejor ajuste de dosis y valorar conseguir mayor eficiencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA DE SERVICIOS:
1- Mejora de la eficiencia en pacientes con artritis reumatoide (AR) en remision o baja actividad clinica en el area de terapias biologicas, a traves de estudio ecografico
2- Creación agenda de ecografia especifica para pacientes con AR.

ACTIVIDADES :
1- Presentación del proyecto en el servicio
2- Confeccionar protocolo de exploración ecografica y de seguimiento del paciente
3- Crear agenda especifica donde los miembros del servicio puedan citar a los pacientes
4- Realización de la ecografias por 2 de nuestros facultativos con ecografo del servicio
5- Recogida de datos
6- Reuniones trimestrales del servicio para valorar desarrollo del proyecto
6- Si es pertinente, prepara trabajos para reuniones o congresos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición de los indicadores:
1. Porcentaje de pacientes con AR en remisión clinica que no están en remisión ecográfica (nº pacientes con actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto no se puede disminuir dosis.
2. Porcentaje de pacientes en remisión clinica que están en remisión ecográfica (nº pacientes sin actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto requieren mayor optimización.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- Presentación del proyecto al servicio en junio 2017. Responsable Dr Manero (jefe de Servicio).
2- Crear agenda especifica y confeccionar protocolos de exploracion ecografica y de seguimiento clinico: junio-julio 2017. Responsables: Dra Pecondón y Dr Vazquez .
3- Realización de ecografias durante junio, julio, septiembre, octubre, noviembre 2017. Responsables Dra Pecondon y Dr Vazquez

Proyecto: 2016_1435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

4- Recogida de datos en noviembre-diciembre 2017. Responsables: Dra Pecondon y el resto de los facultativos del servicio.
5- Analisis de impacto economico en diciembre 2017. Responsa- bles Dr Manero, Dra Pecondón.
6- Comunicación de resultados a los miembros del servicio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_0702 ()

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA BOROBIO LAZARO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD BABIER MARIA ROSARIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL
· AYARZA IZAGUERRI CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. DAP ZARAGOZA 2. TRABAJO SOCIAL
· BABIANO CASTELLANO BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. DAP ZARAGOZA 2. TRABAJO SOCIAL
· BURRO DAL ADORACION. TRABAJADOR/A SOCIAL. DAP ZARAGOZA 2. TRABAJO SOCIAL
· ECHEVERRIA BURILLO MARIA JOSE. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL
· NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL
· RUIZ VECINO TERESA. TRABAJADOR/A SOCIAL. DAP ZARAGOZA 2. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La coordinación entre la atención primaria y la especializada es de especial importancia en la atención al paciente en general, y en lo referente al ámbito social es fundamental. El crear mecanismos de coordinación, y trabajar de manera conjunta y en pos de un objetivo común es necesario para mejorar la calidad en la asistencia al paciente.

Al mismo tiempo, la creación del grupo de trabajo entre primaria y especializada, nos permitirá compartir conocimientos, y de esta manera ampliar nuestra formación, diseñando un programa de sesiones formativas en el ámbito del trabajo social.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Optimizar la intervención social en la atención al paciente.
-Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada en el ámbito social.
-Favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente.
-Adquirir conocimientos, ampliando la formación de los trabajadores sociales del sector II, así como de los estudiantes en prácticas en el sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear grupo de trabajo entre trabajadores sociales de atención primaria y atención especializada.
Elaborar calendario de reuniones.
Diseño de un programa de sesiones formativas dentro del ámbito del trabajo social.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº Trabajadores sociales que se impliquen en el proyecto = 70%
Nº de Reuniones que se lleven a cabo = 6 anuales
Nº de sesiones que se incluyen en el programa = 3 anuales (1 por trimestre).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
4º Trimestre 2016: 1ª Reunión: creación grupo de trabajo.
1º Trimestre 2017: Elaboración del calendario de sesiones con los temas seleccionados
2º 3º y 4º Trimestre de 2017: 3 sesiones formativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sin especificar
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0043 ()

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· ROYO MARTINEZ MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· FERNANDEZ ABAD NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· CASANOVA CARTIE NATALIA. ENFERMERO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. SUBDIRECCION DE COMPRAS Y LOGISTICA
· VILLABONA RESANO MARIA JULIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· SERON ARBELOA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.
Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que disminuyen la perfusión periférica.
Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler a 35º, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión.
Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.
Esta sistemática de trabajo incluye:
- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.

Proyecto: 2016_0043 ()

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0063 ()

1. TÍTULO

MONITARIZACIÓN Y SISTEMA DE ALERTA DE LAS COMPLICACIONES DEL SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL EN UCI

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA ARANDA MOLINOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN YUS CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· ANDRES CASTILLO EVA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· ESCUSA VICENTE ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· LOPEZ HERRERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· CASTEJON ALCAINE SALUD. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI
· DOMINGUEZ TEJERO MARIA DEL CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un buen estado nutricional se asocia a reducción de la morbilidad y mortalidad tanto en UCI, como al alta. Por ello, es necesario conocer el estado nutricional de nuestros pacientes al ingreso, durante el ingreso y al egreso, así como detectar y tratar todas las complicaciones que pueden aparecer tanto con la nutrición enteralcomo con la oral o parenteral y que pueden motivar un deterioro del paciente o el abandono de este soporte nutricional. Actualmente en la UCI polivalente estamos implementando los controles analíticos nutricionales, que calculan el balance nitrogenado y los requerimientos calóricos de cada paciente. Así como controlando todas las complicaciones derivadas de la nutrición enteral, oral y parenteral: náuseas, vómitos, regurgitaciones, residuos gástricos excesivos, diarreas, estreñimiento, malposición de la sonda, neumonía aspirativa. Y complicaciones de la nutrición parenteral: infección nosocomial del cáteter, obstrucción, trombosis venosa, hiperglucemia, hipoglucemia, hipetrigliceridemias >400, alteraciones electrolíticas, alteraciones hepáticas.
Una vez detectada una de estas incidencias se activará alerta nutricional y serán abordadadas según las recomendaciones de nuestra sociedad científica.
Al alta los pacientes saldrán de UCI con un informe nutricional y una hoja de colaboración para que sean seguidos por la Unidad de Nutricion Hospitalaria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Que al ingreso todos los pacientes tengan una valoración nutricional.
-Que al menos el 80% de los pacientes que reciben soporte nutricional artificial tengan controles analíticos nutricionales semanales.
-Que se alcancen los requerimientos nutricionales requeridos en al menos el 75% de los casos.
-Conocer la incidencia de cada una de la posibles complicaciones asociadas al uso de nutrición enteral y/o parenteral.
-Implementar el uso de protocolos consensuados localmente, para el control de las diarreas y de los residuos gástricos elevados, estableciendo como objetivo que en el caso de la aparición de alguna de estas complicaciones se implante el protocolo pertinente en al menos el 80% de los casos.
- Que al menos el 50% de los enfermos sean egresados de UCI con un "informe nutricional" y este porcentaje se eleve al 80% en aquellos pacientes especialmetne frágiles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Valoración nutricional según escala MUST al ingreso.
- Valoración nutricional semanal mediante analítica y reajuste de tratamiento.
-Monitorización individual de todas las complicaciones que vayan presentando los pacientes e implementación de protocolos establecidos por nuestra sociedad científica.
- Valoración nutricional al alta de UCI

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Al menos el 80% de los pacientes ingresados en UCI tendrán una valoración nutricional al ingreso.
- Al menos el 80% de los pacientes ingresados en UCI tendran 1 estudio nutricional analítico semanal.
- Hacer una base de todas las complicaciones nutricionales que presenten nuestro pacientes y asegurarnos que se siguen protocolos en caso de diarreas y residuos gástricos aumentados en al menos el 89% de los casos.
- Al menos un 50% de los pacientes saldrán de UCI con un informe nutricional.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se ha comenzado hacer y la duración será continua, con evaluación anual de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0063 ()

1. TÍTULO

MONITARIZACIÓN Y SISTEMA DE ALERTA DE LAS COMPLICACIONES DEL SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL EN UCI

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente critico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0446 ()

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

2. RESPONSABLE ..... ANTONINA KLIMENKO KLIMENKO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JOVEN CASAUCAU ELVIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· ORIHUELA MARIN ANA BELEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI
· GIL BERNAL MARIA DOLORES. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La creación de este proyecto parte de la necesidad de formación del personal de enfermería y de auxiliares de enfermería de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos. Según las encuestas realizadas al personal de la unidad, el 80% del personal no ha tenido la formación previa relacionada con las técnicas específicas realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos, cuidados de enfermería al paciente crítico, material utilizado y técnicas realizadas en la Unidad, así como cuidados de enfermería al paciente en tratamiento con diversas drogas específicas de UCI.
En primer lugar, la incorporación al nuevo puesto de trabajo, crea a todo el personal un estrés que en muchas ocasiones impide desarrollar la labor profesional en unas condiciones emocionales óptimas. Cabe mencionar que en las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes se encuentran en un estado crítico, precisando ser atendido por el personal emocionalmente competente, así que este Proyecto de Formación pretende reducir el estrés de los profesionales de nueva incorporación.
En segundo lugar, en la Unidad de Cuidados Intensivos se realizan diferentes técnicas y procedimientos específicos que requieren el conocimiento correcto del material utilizado y conocimientos sobre el manejo de drogas utilizadas para atender las necesidades del paciente de una manera óptima y colaborar con el equipo médico eficientemente.
En una Unidad de Cuidados Intensivos la labor profesional se desarrolla en equipo, precisando ofrecer a los enfermos una asistencia sanitaria de calidad y de una manera segura. En la UCI de postoperatorio cardiaco se realizó un estudio sobre los eventos adversos, poniéndose de manifiesto que un 40% de ellos se podrían evitar con una mayor formación del personal sanitario.
De esta manera, en la guía de calidad de SEMICYUC, el indicador de calidad nº 112 refiere al Plan de Acogida al profesional del servicio de Medicina Intensiva, justificando que los “profesionales que se integran en un Servicio de Medicina Intensiva, bien sea de manera fija o bien sea de manera eventual, con cualquier tipo de contrato sentirían un mayor reconocimiento si conocieran el Servicio como organización desde el primer día de pertenencia. Además, pueden mejorar la seguridad al informar sobre ciertos aspectos específicos de este ámbito”.
Este Proyecto pretende establecer una Jornada de Acogida al personal de nueva incorporación para ofrecer la información sobre los siguientes aspectos:
1. Misión, visión y valores de la Unidad de Cuidados Intensivos
2. Miembros de la Unidad, responsabilidades y atributos
3. Características del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos
4. Técnicas y procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos
5. Material específico de la Unidad de Cuidados Intensivos
6. Cuidados de Enfermería al paciente crítico
Además, la elaboración del Plan de Acogida puede repercutir en la disminución de eventos adversos relacionados con una importante mortalidad, morbilidad, incremento de las estancias y consumo de recursos y repercute en la satisfacción de enfermos y familiares.
Otro propósito del Proyecto es potenciar la formación continuada, ya que es un elemento esencial para el desempeño correcto y efectivo de un ejercicio profesional de calidad. Constituye una herramienta para la mejora de satisfacción profesional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Reducir el estrés del personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la incorporación a un nuevo puesto de trabajo en una UCI.
2. Proporcionar la información y formación necesaria sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Proporcionar la información y formación sobre los cuidados de enfermería al paciente crítico
4. Proporcionar la continuidad de cuidados al paciente crítico mediante la formación específica sobre el material y técnicas de enfermería en una UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Organización de Jornada de Bienvenida al personal de nueva incorporación para explicar el funcionamiento de la Unidad y características específicas de los pacientes. Responsable Antonina Klimenko, colabora Supervisora de la Unidad y el Jefe del Servicio.
2. Elaboración y presentación de la guía práctica de cuidados de enfermería de la UCI. Responsable Elvira Joven Casaucau
3. Elaboración y presentación de la guía práctica del material específico de UCI.Responsables María Dolores Gil Bernal y Carmen Martinez

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2016_0446 ()

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Guía de indicadores de calidad de Semicyuc
Indicador nº 112 PLAN DE ACOGIDA (PA) AL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Indicador nº 120 FORMACIÓN CONTINUADA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Noviembre 2016
Finalización del Proyecto Diciembre 2016
Actividades:
Jornada de Acogida y formación:
Noviembre del 2016
Diciembre del 2016
Junio del 2017
Julio del 2017
Noviembre del 2017
Diciembre del 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente crítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0882 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO PARA VERIFICAR LA CORRECTA UBICACION DE UNA SNG USANDO METODOLOGIA BASADA EN NUEVOS ESTUDIOS CIENTIFICOS, EN UCI POST CIRUGIA CARDIACA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JULIO SORIA IMAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ GALVEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· VILLABONA RESANO MARIA JULIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GERIQUE DEL RIO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· RUIZ FUENTES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· VALENZUELA COSTE JUDIT. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GARCIA MANGAS MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GIL BERNAL MARIA DOLORES. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La colocación de una sonda nasogástrica (SNG) es uno de los procedimientos más frecuentes en la práctica clínica diaria de los profesionales de enfermería.
Aunque se considera un procedimiento inocuo, su colocación a ciegas no está exenta de complicaciones, como neumotórax, infusión de la alimentación en pulmón y espacio pleural, perforación esofágica…
En una revisión de más de 2.000 inserciones, las investigaciones encontraron que entre el 1,3 y el 3,2% de las SNG estaban mal posicionadas, por este motivo la valoración de la correcta colocación es fundamental para reducir al mínimo el riesgo de estas complicaciones.
La National Patient Safety Agency (NPSA) y la American Association of Critical-Care Nurses (AACN) recomiendan como prueba de primera línea, la medición del pH del fluido y de segunda línea, y no como estudio de rutina, las imágenes radiográficas para determinar la correcta colocación de la sonda nasogástrica. Consideran poco fiables la auscultación y la inspección visual de flujo aspirado, por lo que indican que estas últimas no se empleen.
En nuestra unidad los métodos más empleados para confirmar la correcta localización de la SNG son: insuflar aire seguida de la auscultación sobre el cuadrante superior izquierdo, la aspiración del fluído y por último la radiografía de tórax, por lo que es preciso sistematizar el metodo de comprobación a utilizar siguiendo las últimas recomendaciones científicas disponibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:
Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención de enfermeria en la UCI postcardiaca del HUMS.

Específicos:
-Diseñar y consensuar un protocolo de enfermería para determinar la colocación de la sonda nasogastrica en paciente adulto, basado en la ultima evidencia científica disponible.
-Reemplazar los métodos tradicionales de verificación de la posición de la SNG por metodos mas fiables y seguros.
-Proporcionar formación al personal de enfermería de la UCI postcardiaca

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Definición del grupo de trabajo.
-Revisión bibliográfica sobre los métodos más fiables y seguros para determinar la colocación de la SNG.
-Consenso y elaboración del protocolo de actuación en la UCI postcardiaca.
-Realización de sesiones formativas para el personal de enfermeria
-Implementar el protocolo de comprobación de colocacion de SNG
-Evaluación de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Existencia de un protocolo de enfermería sobre el método para determinar la colocación de la SNG en la UCI postcardiaca basado en la última evidencia disponible.
-Nº de profesionales de enfermeria de la unidad que conocen el protocolo
-Nº de sesiones de formación realizadas en la UCI
-Nº de profesionales de enfermeria formados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Definición del grupo de trabajo: Octubre 2016
-Revisón bibliográfica: Noviembre – Diciembre 2016
-Elaboración del protocolo: Enero 2017- Abril 2017
-Sesiones formativas: A determinar en la implantación
-Evaluación de indicadores: Septiembre 2017 – Noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0882 ()

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO PARA VERIFICAR LA CORRECTA UBICACION DE UNA SNG USANDO METODOLOGIA BASADA EN NUEVOS ESTUDIOS CIENTIFICOS, EN UCI POST CIRUGIA CARDIACA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0016 ()

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

2. RESPONSABLE ..... DANIEL PALANCA ARIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· GIL HERNANDEZ IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· CORELLA AZNAR ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· GASTON MOLINA MARIA ISABEL. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El acceso venoso es de suma importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. En especial para pacientes que vayan a precisar catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración como: pacientes oncólogicos, que precisen NPT, dispongan de un capital venoso limitado o bien tengan riesgo de insertar un CVC. En otras ocasiones los fármacos utilizados son irritantes, con gran osmolaridad, producen dolor, hipersensibilidad, hiperpigmentación, que puede llevar a una lesión de la vena y/o de la
extremidad. Por todo ello, cada vez es más frecuente la la canalización de Catèter Central Inserció Perifèrica también conocidos como (PICC). Dicha técnica consiste en la implantación de un catéter central, partiendo de un acceso periférico, hasta llegar a la vena cava superior, con medidas estrictas de esterilidad. En Mayo 2016 se solicita desde la Enfermería de UCIP material, para disponer de este tipo de catéteres y se contacta con diversas casas comerciales debido a la falta de material. Los dispositivos a emplear (PICC) pueden ser de diversos materiales en función del tiempo de duración de los mismos. Su complejidad es menor a la hora de instaurarlos, siendo más duraderos y con un menor riesgo de infección. A nivel terapéutico, además, se puede aplicar cualquier tipo de medicamento. La canalización de procedimientos ecoguiados tiene un interés creciente no sólo en el ámbito médico sino en enfermería. Tras la reciente experiencia en nuestra Unidad en canalizar CVC mediante ecografía y la difusión cada vez más extensa en las diferentes UCIPs nacionales, se observa la necesidad de instaurar este procedimiento en enfermería por sus beneficios sobre la técnica clásica "a ciegas" y sobre los catéteres centrales en algunos pacientes. Como toda técnica nueva es necesaria una experiencia previa mediante talleres y docencia. Debemos poner todas las posibilidades y novedades tecnológicas que dispongamos en nuestro medio para atender al paciente lo mejor posible con el mínimo sufrimiento. Evitar errores y minimizar el dolor son los beneficios de la ecografía para localizar y acceder con exactitud a las venas, en especial en los pacientes de ingreso de larga duración, oncológicos y en aquellos con dificultades en técnica venosa periférica. Mediante ecografía podemos ver el diámetro, profundidad y dirección de los vasos, obtener una mayor precisión y seguridad. Por otra parte, el uso del ecógrafo por enfermería puede ser de utilidad para otros procedimientos comunes (sondaje vesical, apoyo al aquipo médico, etc)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar los conocimientos y habilidades prácticas que permitan a los profesionales que trabajan en la Unidad para llevar a cabo un examen ecográfico básico en la evaluación diagnóstica del paciente crítico pediátrico, que asista su toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Comprender los usos y limitaciones de la ecografía. Implementar la ecografía como herramienta clínica en el manejo del paciente crítico pediátrico. Realizar un estudio anatómico y funcional hemodinámico. Realizar exploración vascular ecográfica y canalización ecoguiada de venas centrales y periféricas centralizadas. Conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico. Crear cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Promover uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad. Realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad. Promover la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía. El equipo médico y una residente de 4º año se encargarán de fomentar la docencia y talleres coordinados por el responsable del proyecto. Una auxiliar se encargará de la preparación del taller de simulación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación de la actividad docente: a través de encuesta anónima realizada por los alumnos.
Evaluación del alumno: control de asistencia mediante firmas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Promover y desarrollar el uso del ecógrafo durante el año 2016-2017 en nuestra Unidad con sesiones teórico-prácticas trimestrales durante el horario de trabajo si lo permite la carga de trabajo y sino fuera del horario laboral.
Taller teórico "Utilidades de la ecografía e introducción a los ultrasonidos. Ecocardio funcional. Ecografía vascular".
Talleres prácticos: "Exploración vascular. Canalización ecoguiada" (2-4h) y práctico (4-6h): modelo de pavo con clips y gelatina con globos".

Proyecto: 2016_0016 ()

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0052 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... VICTOR MANUEL SOLANO BERNAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARCELONA TRIVEZ ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. COMISION DE DOCENCIA
· JUSTA ROLDAN MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ROYO CRESPO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proceso de docencia de posgrado (Comisión de Docencia) del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente descritos y documentados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores de calidad que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación, abordando las oportunidades y deficiencias detectadas en las auditorias (interna y externa) y la revisión por la dirección

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tras el análisis de los objetivos de calidad del año 2015, el cuadro de mandos y los resultados de las auditorias (docentes y del sistema de calidad), así como la revisión por la dirección de 2016, se plantean las siguientes objetivos de mejora:

- Implantar sesiones clinicas generales.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo del proceso formativo de postgrado
- Desarrollar adecuadamente las acciones correctivas definidas en las NC abiertas
- Fomentar la existencia de más tutores acreditados, asi como el nombramiento de tutores de apoyo en unidades docentes con tutor único
- Incluir trimestralmente en el programa formativo los cursos propuestos a los tutores, registrando como evidencia el correo con la propuesta.
- Registrar semestralmente los tutores asistentes a los mismos, asi como la evaluación del curso.
- Elaborar el itinerario-guía del 2016 y 2017 de la UDM Pediatría unificando actividades de médicos y enfermeras. Se elaborará la memoria de 2015 recogiendo las actividades docentes de ambos colectivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se utilizará toda la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua, revisada mensualmente a través de la Comisión de Docencia.
- Se establecerán como objetivos para el año 2017 las areas de mejora detectadas a través de las auditorias y los resultados de los indicadores del cuadro de mandos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017 (S/N)
a. Fecha prevista: Octubre 2016
b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
2. Sesiones hospitalarias realizadas en 2016 (N=6)
a. Fecha prevista: Marzo-Diciembre 2016
b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
3. Programa de auditorías internas aprobado (S/N)
a. Fecha prevista: Septiembre 2016
b. Responsable: V Solano, I Royo, AP Soriano
4. Número de auditorias internas realizadas (N=3)
a. Fecha prevista: Octubre-Noviembre 2016
b. Responsable: V Solano, ML Justa, M Lanzuela.
5. Registro correcto de actividades formativas realizadas por tutores en el F12_CD (S/N)
a. Fecha prevista: Diciembre 2016
b. Responsable: A Barcelona
6. Documentación única de la UDM Pediatría, integrando las actividades de médicos y enfermera (S/N)
a. Fecha prevista: Diciembre 2016
b. Responsable: ML Justa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluacion objetivos SGC 2016: Diciembre 2016

Proyecto: 2016_0052 ()

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Establecimiento objetivos SGC 2017: Enero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. N/A
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0527 ()

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATO-GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... NIEVES FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· RECASENS FLORES VALLE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· LACALLE AICUA LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESPINOSA LARA NATALIA. MIR. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SEGURA DIEZ ADRIAN. MIR. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La anemia es una entidad nosológica de gran importancia en las personas mayores. Su prevalencia es alta, y su incidencia se incrementa con la edad, especialmente en los mayores de 85 años, segmento de la población que proporcionalmente más va a crecer en las próximas décadas.
Puede interferir en el funcionamiento de varios órganos y sistemas, relacionándose con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y del déficit funcional en el paciente geriátrico. Es causa importante y muchas veces principal, de síndrome confusional agudo, descompensación cardiaca, deterioro funcional, caídas o síndromes depresivos, motivos de consulta muy frecuentes en la Urgencia hospitalaria o las consultas de especializada/Atención Primaria, que generan demandas sucesivas e incluso ingresos hospitalarios frecuentes.
Conscientes Hematólogos y Geriatras, tanto en nuestro centro, como a nivel nacional, del manejo especifico que se les debe dar a estos pacientes, surge la idea de iniciar una consulta de Hemato-geriatría. Por el momento se inicia centrada en los pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad con anemia, derivados desde A.Primaria o Urgencias al servicio de Hematología, para valoración conjuntamente, y poder adecuar las indicaciones del estudio y tratamiento de la anemia en ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuar indicación del tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad.
Simplificar el circuito de atención a estos pacientes, muchos de ellos con movilidad reducida, para tratamiento sintomático de anemia.
Adecuar la solicitud de pruebas complementarias a la situación basal de los pacientes muy mayores con multimorbilidad, cuya situación funcional y cognitiva va a influir en la evolución clínica.
Prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración geriátrica integral de los pacientes > de 85 años derivados desde la consulta de Hematología
Prevención y tratamiento de síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.
Adecuación consensuada Geriatra-Hematóloga de la necesidad de solicitud de pruebas complementarias.
Indicación consensuada Geriatra-Hematóloga del tratamiento de la anemia.
Implementación del tratamiento prescrito en Hospital de Día de Hematología:
o Hemoterapia
o Ferroterapia
Consulta quincenal en la que se valoraran 6 pacientes/día, de los cuales:
• 2 pacientes de primer día, con tiempo estimado de 1 hora por paciente.
• 4 pacientes de revisión, con un tiempo estimado de ½ hora por paciente.
Día de la semana: miércoles (2º y 4º miércoles del mes).
Horario: 10 a 14 horas.
Geriatras: Mercedes Clerencia Sierra y Nieves Fernández Letamendi
Hematólogas: Valle Recasens y Maria Angeles Montañes
Enfermero: J.A Del Fresno

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatría a los que se le realiza valoración geriátrica integral e informe conjunto >90%
Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatría y precisan fármacos de dispensación hospitalaria y/o terapias hematológicas en Hospital de Dia de Hematologia durante el seguimiento : >50%
Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún síndrome geriátrico durante la valoración por Hemato-geriatría y se le instaura tratamiento: >80%
Registro del tipo de terapia prescrita para la anemia y adecuada coordinación con el Hospital de Dia de Hematologia: >90%
Se realizara una hoja de recogida tipo excell con los datos necesarios para el posterior análisis estadístico de los datos sobre los indicadores propuestos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre: elección de facultativos responsables del proyecto que compongan el equipo interdisciplinar.
Octubre de 2016: elaboración del excell de recogida de datos e inicio de recogida de datos

Proyecto: 2016_0527 ()

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATO-GERIATRIA

Junio 2017: análisis estadístico de los datos registrados en total y, con los resultados, propuestas de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0255 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRER CASTEJON ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BOSQUE MORENO ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GARCIA SERRANO MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PLANA FERNANDEZ BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PES LAGUNA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La saturación de los servicios de urgencias, conlleva en muchas ocasiones, que los tiempos recomendados para el inicio de la asistencia de los pacientes, no puedan cumplirse. En estas situaciones, para poder garantizar su seguridad y que las necesidades básicas de los pacientes se vean cubiertas, es precisa la implantación de un sistema de reevaluación protocolizado.
En nuestro servicio desde la implantación del Sistema Español de Triaje (S.E.T.) en el año 2004, a pesar de la recomendación que hace el propio sistema, ésta reevaluación no se había implementado, cuando se hacía era de manera no formal y en la mayoría de los casos para satisfacer la queja de algún paciente, que no necesariamente era el que mayor riesgo entrañaba.
Para poder implementar este sistema de reevaluación, eran necesarios unos recursos tanto humanos como materiales, que tras la consolidación de plantilla de enfermería en el servicio, que se produjo en el año 2015, creímos suficientes para comenzar con su desarrollo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La implantación del proceso de reevaluación de los pacientes ya triados pretende mejorar el control del riesgo de los pacientes a la espera del inicio de la asistencia, aumentado así su seguridad dentro esta fase de la asistencia en urgencias.
Esperamos reducir, en consecuencia, la presencia de incidentes y de efectos adversos en relación a este periodo asistencial, así como de las reclamaciones de pacientes ligadas a la demora en urgencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para poder desarrollar el procedimiento de reevaluación de manera eficiente, consideramos necesario actuar en varios aspectos:
• Creación de los circuitos de reevaluación por áreas de asistencia, cuya responsable es la Dra. Ana Herrer.
• Implementación en el programa de historia clínica electrónica PCH de unas alertas, que reflejen que pacientes son subsidiarios de ser reevaluados una vez pase el tiempo recomendado sin haberse iniciado la asistencia. Esta modificación se solicitó a Soporte PCH y el responsable de su desarrollo es el Dr., Rafael Marrón.
• Formación al personal de la unidad en el procedimiento de reevaluación.
• Evaluación de la implantación del procedimiento. El responsable de estas dos últimas áreas será Héctor Sanmartín

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mediante la revisión de los registros de PCH obtendremos los indicadores propuestos:
Reevaluación de pacientes de nivel II en el área de Boxes HG. Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >30 ´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 30´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 40´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estándar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Boxes HG.
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90 ´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 105´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estandar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Consulta Ambulatoria
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90 ´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia =105´, aunque no esté registrada la reevaluación), considerando un estandar del 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO 2016
Análisis de la situación actual
FEBRERO 2016
Diseño del procedimiento de reevaluación
Presentación a la Comisión de Calidad del servicio
MARZO-MAYO 2016
Solicitud a Soporte PCH de los cambios informáticos necesarios para implantar el procedimiento de reevaluación

Proyecto: 2016_0255 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

en PCH e implantación
ABRIL-JUNIO 2016
Comunicación al personal de la unidad de la implantación de la primera fase del proyecto e inicio de la misma sin soporte informático y formación del mismo
JUNIO 2016
Implantación de segunda fase de reevaluación de pacientes
SEPTIEMBRE 2016
Evaluación y seguimiento de la implantación del proyecto
Propuesta de mejoras y/o cambios en el proyecto
OCTUBRE 2016
Comunicación de las mejoras propuestas al personal
DICIEMBRE 2016
Evaluación de las mejoras propuestas y valoración de los resultados obtenidos hasta la fecha

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Atención a tiempo

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología (exceptuando la pediátrica y obstétrico-ginecológica, traumatología)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0303 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

2. RESPONSABLE ..... ANA MEILING DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIETE BLANCO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ALCALDE LOPEZ SILVIA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· NAVARRO PARDO IRENE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GRACIA MATILLA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS. BIOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La seguridad del paciente es un objetivo fundamental en el entorno sanitario. El riesgo de cometer errores en los servicios de Urgencias aumenta todavía más debido a las características del trabajo en estas unidades. Los eventos adversos que más frecuentemente se producen en estos servicios son aquellos derivados de la medicación, siendo una de las principales causas de daño prevenible. Es preciso desarrollar herramientas de trabajo que permitan a los médicos, independientemente de su experiencia, actuar de manera segura.

Valorar la función renal es crucial en pacientes atendidos en Urgencias, dado que por su situación aguda o crónica reagudizada, pueden presentar insuficiencia renal, que condiciona un cambio en el enfoque diagnóstico así como terapéutico.

La creatinina en sangre suele utilizarse para verificar el estado de la función renal, pero se ha puesto de relieve que no es buen indicador del grado de insuficiencia renal, particularmente en el anciano. No estima con fiabilidad la función renal, sobretodo en pacientes de edad avanzada o en los estadios iniciales de la insuficiencia renal. Por ello, para valorar la función renal se aconseja medir o estimar el aclaramiento de creatinina.

El aclaramiento de creatinina (Ccr) se utiliza básicamente para ajustar a dosis de fármacos que se excretan por vía renal, y debe de calcularse en orina de 24 horas. Sin embargo, al no disponer de este dato en Urgencias, se aplican una serie de ecuaciones que estiman la tasa de de filtrado glomerular. De ellas, una de las más utilizadas y validadas es la de Cockcroft-Gault: Ccr (ml/min)= (140 - años de edad) x kg de peso/Creatinina plasmática x 72. En mujeres, se multiplica este cociente por 0.85. Valor normal 85-120 ml/min.
La implementación de dicha fórmula auto calculada en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) ayudaría a estimar el filtrado glomerular con mayor precisión de forma rápida, sencilla y objetiva, lo que condicionaría la selección de tratamientos para evitar la nefrotoxicidad, así como ajustar con mayor precisión la dosis diaria de fármacos (mediante reducción de dosis por toma, aumento del intervalo de administración o ambos procedimientos).
Por ello proponemos incorporar a la Historia Clínica Electrónica de Urgencias, el cálculo del aclaramiento de creatinina, estimado por la fórmula de Cockcroft-Gault, para ayudar a los profesionales de Urgencias en su práctica clínica habitual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con elevación de creatinina sérica, sobretodo en ancianos, al estimar el aclaramiento de creatinina.
• Evitar complicaciones derivadas de los fármacos, al ajustar dichos tratamientos, así como evitar fármacos nefrotóxicos.
• Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la prevención y minimización de los efectos adversos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Implantación en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) de la fórmula de Cockcroft-Gault para facilitar a los profesionales la estimación del filtrado glomerular de los pacientes atendidos en Urgencias y así poder evitar efectos adversos derivados de los fármacos.
• Sesión formativa a los facultativos de Urgencias y residentes sobre importancia de valoración de aclaramiento renal.
• Incluir recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes.
• Revisión de efectividad de la medida implantada y difusión resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Se revisarán historias clínicas de pacientes ingresados en Urgencias que en el diagnóstico tengan un código de insuficiencia renal, para valorar la efectividad de la actuación durante un período de 6 meses.
• Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100. Objetivo: >50%
• Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del

Proyecto: 2016_0303 ()

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%
• Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos nefrotóxicos con alternativa terapéutica. Nº de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre – Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
Enero- Marzo de 2017: Implantación en el PCH de fórmula de Cockcroft-Gault.
Abril – Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0349 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ASISTENCIA DEL PACIENTE CON SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BERNAL SEBASTIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMERIA
· REMIREZ SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
· BALLESTIN ANSON LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La sepsis es un problema actual con una elevada mortalidad de más de un 40% y su incidencia va en aumento.
En la actualidad existen varios documentos consensuados que incluyen las recomendaciones y el manejo diagnóstico-terapéutico inicial de la misma en los servicios de urgencias y UCIS.
La sepsis requiere una identificación rápida y un tratamiento inmediato para influir positivamente en la evolución del proceso, donde cobra especial importancia el área de urgencias ya que una actuación adecuada puede cambiar el pronóstico del paciente.
La información epidemiológica nos dice que el 30-40% de la sepsis que recibe una UCI procede de urgencias.
Entre el 5-10% de los pacientes con infección cumplen los criterios diagnósticos de sepsis y de estos alrededor del 30% evolucionarán a cuadros de sepsis graves o shock séptico.
Todo esto nos ha llevado a plantearnos desarrollar un programa para identificar de manera precoz al paciente con sospecha de sepsis para mejorar su supervivencia mediante una evaluación sencilla y estructurada, estableciendo unas medidas terapéuticas y de cuidados adecuados al nivel de gravedad. Mediante una etiqueta identificativa todo el personal del servicio de urgencias podrá identificar de manera sencilla al paciente con sospecha de sepsis y activar y llevar a cabo el protocolo lo antes posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detección precoz de casos sospecha sepsis
- Mejora de la asistencia activando el código sepsis. Una vez identificado al paciente realizar de manera consecutiva el protocolo de Aragón para el código sepsis, para disminuir los tiempos de espera, evitar duplicidades en el trabajo y administrar el tratamiento más adecuado de forma precoz.
- Minimizar el tiempo de recogida de muestras.
- Facilitar el trabajo del personal de urgencias. Debido al gran volumen de personal y movilidad del mismo creemos interesante protocolizar las actuaciones del código sepsis para tener una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo, y especialmente del proceso de toma de decisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se facilitará un esquema visual del código sepsis en la sala de triage y en el área de boxes para favorecer la identificación de casos. No obstante previamente a su implantación se facilitarán trípticos a todo el personal de urgencias y se realizarán varias sesiones informativas para dar a conocer el proyecto y tener conciencia de la importancia del código sepsis.
- Las actuaciones comienzan en el punto de Triage. El personal de enfermería activará el código sepsis e identificará al paciente con una pulsera de color verde.
- Cuando el paciente sea trasladado al área de boxes el personal lo podrá identificar de manera sencilla, y ubicará al paciente en un box.
- Una vez en el box el personal comenzará la actuación en un tiempo inferior de media hora siguiendo el protocolo del código sepsis: recogida de muestras, electrocardiograma, toma de constantes, etc.
- El médico responsable valorará al paciente y si es necesario incluirá otras pruebas diagnósticas (exudado, cultivos…). Será el encargado de iniciar la pauta de fluidoterapia y antibioterapia empírica en menos de una hora.
- Tras la actuación el paciente abandonará el box en cama a la espera de resultados y confirmación de cama en sala de observación.
- La sencilla identificación del paciente para cualquier personal de urgencias facilitará su reevaluación cada 30 minutos, así como la detección precoz de cambios en su estado general.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- La coordinadora del equipo realizará un seguimiento semanal para el control de las actuaciones en el servicio de urgencias.

- El equipo de trabajo realizará una sesión mensual para estudiar resultados y detectar problemas en la ejecución del programa.

- A los 3 meses de la ejecución del proyecto se valorará:
- nº pacientes con criterios de sepsis identificados con pulsera verde “activación del código sepsis” / nº pacientes con sepsis diagnosticada (verdaderos positivos)
- nº pacientes con código sepsis activado atendidos en tiempo inferior a 30 minutos / nº pacientes con código sepsis activado.
- nº pacientes con código sepsis que reciben tratamiento antibiótico en la primera hora/ nº pacientes con código sepsis activado.

Proyecto: 2016_0349 ()

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ASISTENCIA DEL PACIENTE CON SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Evaluación de las patologías más frecuentes que desencadenan una sepsis.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa se aplicará durante 3 meses desde la aceptación del proyecto. Tras ese tiempo se valorarán los registros obtenidos a través del programa informático Puesto Clinico Hospitalario (PCH) para evaluar los resultados obtenidos tras la puesta en marcha del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
- Trípticos informativos para profesionales del servicio de urgencias.
- Esquema del código sepsis para sala de triage y área de boxes.
- Pulseras verdes identificativas para el paciente con código sepsis.

POBLACION DIANA
El criterio para activar el código sepsis es el consensuado por el Equipo de SEPSIS Aragón.

Edad: Mayor o igual a 13 años
Sexo: Ambos
Criterios: Paciente con 2 ó más de los siguientes síntomas:
- Fiebre o hipotermia (>38ºC o <36ºC)
- Taquicardia (> 100 lpm)
- Taquipnea (> 20 rpm)
- Alteración del estado mental
- Hipotensión (PAS< 90)
- Oliguria
- Saturación < 89%
- Hiperglucemia >150 (sin antecedentes de DM).

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SEPSIS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0362 ()

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA ESTABEN BOLDOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LITAGO CORTES ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MORENO DIAZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· OLIETE BLANCO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PARRILLA HERRANZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS COMO HERRAMIENTA CLÍNICA ES UNA PRÁCTICA YA ESTABLECIDA EN ESTADOS UNIDOS Y CADA VEZ EN MÁS PAÍSES EUROPEOS.TIENE UNA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA MUY ELEVADA AL TRATARSE DE UNA TÉCNICA BARATA, REPRODUCIBLE Y REALIZADA EN LA CABECERA DEL PACIENTE. REALIZADA POR EL MÉDICO DE URGENCIAS SE TRATA DE UN TÉCNICA COMPLEMENTARIA AL PROCESO DIAGNÓSTICO «ESTÁNDAR» Y NO SE UTILIZA CON UNA INTENCIÓN DIAGNÓSTICA PRECISA, SINO COMO APROXIMACIÓN, AL IGUAL QUE LA PALPACIÓN O LA AUSCULTACIÓN.
SE USA EN SITUACIONES DEFINIDAS DONDE LA RENTABILIDAD ES MAYOR, Y SE ASOCIA A UN CLARO BENEFICIO (MENOR TIEMPO HASTA RECIBIR EL TRATAMIENTO, DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD, ETC.).
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DESDE LA DISPONIBILIDAD DE UN ECÓGRAFO PORTÁTIL EN URGENCIAS, EL USO DEL MISMO HA SIDO PROGRESIVO COMO AYUDA AL DIAGNÓSTICO O PARA LA UTILIZACIÓN DE DIFERENTES TÉCNICAS URGENTES. DICHA UTILIZACIÓN NO TIENE UN FORMA DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO PUESTO CLÍNICO HOSPITALARIO (PCH) EMPLEADO EN URGENCIAS.
CREEMOS QUE ES IMPORTANTE EL REGISTRO DE LA UTILIZACIÓN DE DICHA TÉCNICA PARA PODER ANALIZAR SU EMPLEO PROGRESIVO, Y PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DEL PACIENTE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PRETENDEMOS AÑADIR LA OPCIÓN DE PODER REGISTRAR EN LA HISTORIA INFORMÁTIZADA DE URGENCIAS DEL PACIENTE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA, INDICANDO LA MODALIDAD, EL OBJETIVO Y LO OBSERVADO CON LA MISMA. EL OBJETIVO ES DOBLE: EL REGISTRO DE DICHA TÉCNICA EN LA HISTORIA Y PODER ANALIZAR SU UTILIZACIÓN EN NUESTRO SERVICIO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
AÑADIREMOS LA OPCIÓN EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS, CON UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS QUÉ TIPO DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA REALIZAMOS, SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEL PACIENTE, SONDA UTILIZADA, Y RESULTADO OBTENIDO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
UNA VEZ INCORPORADA LA OPCIÓN DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO, REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO PARA EXPLICARLA E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE SU REGISTRO, Y SUS VENTAJAS. A SU VEZ SE IMPARTIRÁN SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS. POSTERIORMENTE Y DESPUÉS DE UN TIEMPO ANALIZAREMOS EL REGISTRO EFECTUADO.
LOS INDICADORES UTILIZADOS SERÁN:
-NÚMERO DE PACIENTE EN LOS QUE SE HA UTILIZADO LA ECOGRAFÍA
-PORCENTAJE DE PACIENTES EN LOS QUE LA ECOGRAFÍA HA AYUDADO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO DEL PACIENTE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016 REALIZAREMOS LA FICHA DE REGISTRO PARA INCORPORARLA EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS
-A PRIMEROS DEL AÑO 2017 REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
-EN OCTUBRE DE 2017 ANALIZAREMOS LOS REGISTROS OBTENIDOS.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA URGENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0368 ()

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO FORMENTO ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ALCALDE LOPEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LITAGO CORTES ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LOPEZ LOPEZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LITAGO CORTES ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La utilizacion de la ventilación mecánica no invasiva en los servicios de urgencias ha ido aumentando en los últimos años, aplicándose a múltiples patologías que cursan con hipoxemia, hipercapnia, importante trabajo respiratorio o como ayuda a diferentes técnicas que requieren sedación profunda. En nuestro hospital desde junio del 2014 se tiene la opción de registrar los pacientes en los que se utiliza la ventilación mecánica no invasiva en el servicio de urgencias, dentro del programa informático Puesto Clínico Hospitalario (PCH). Se ha analizado dicho registro de los últimos dos años, encontrando sólo 98 pacientes, cuando el número de pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva es muy superior. Creemos que entre las razones del mal cumplimiento de dicha técnica es el poco tiempo disponible en urgencias por la alta demanda asistencial, y por ser la hoja de registro demasiado amplia y compleja. Pretendemos conciencia de la importancia de dicho registro y simplificar el modo de registro de dicha técnica, lo que nos permitirá analizar este grupo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mediante la concienciación del personal del servicio de la importancia de este correcto registro, y la simplificacion de la forma de registro. Pretendemos realizar alguna sesión informativa en el servicio en la que insistiremos de la importancia de la correcta recogida de los datos, expondremos los datos recogidos previamente, y la nueva forma de registro más sencilla y más rápida. Esperamos aumentar el porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado ventilación mecánica no invasiva en urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Primero realizaremos una simplificación de la hoja de registro de la ventilación mecánica no invasiva, así como la incorporación de ordenes de tratamiento específicas y predeterminadas para estos pacientes. Posteriormente realizaremos una sesión en el servicio para exponer los datos de estos dos últimos años, informando de las modificaciones realizadas.
En un año realizaremos de nuevo el análisis de los paciente registrados con esta técnica, esperando haber aumentado el número de registros

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- El porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado esta técnica, analizando los pacientes en los que tienen indicado VMNI en la hoja de tratamiento.
-El grado de correcta cumplimentacion de la hoja de registro, analizando el porcentaje de registros con una indicación detallada, el aparato de ventilación mecánica no invasiva y el modo de ventilación mecánica empleado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De octubre a diciembre de 2016 elaboraremos la hoja de registro simplificada.
A primeros del año 2017 se realizará la sesión informativa en el servicio de urgencias.
En octubre de 2017 se analizarán los datos obtenidos con los indicadores de calidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_0436 ()

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... PILAR CUADRA GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GROS BAÑERES BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· USIETO LOPEZ LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PUEYO MORER MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PALAZON SAURA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La pancreatitis aguda es una enfermedad de curso clínico variable con una mortalidad entre el 15-20% de las formas graves. La mortalidad precoz está a menudo asociada con la disfunción orgánica, que suele iniciarse en las primeras 12-72 horas del ingreso; mientras que la morbilidad y mortalidad tardía está asociada con necrosis pancreática infectada y sepsis.
La identificación temprana de los pacientes que desarrollan una pancreatitis aguda grave, así como de aquellos con elevado riesgo para desarrollarla es crucial en el servicio de Urgencias ya que de esto se derivará una estrecha vigilancia de su evolución y una posible intervención terapéutica.
La disfunción orgánica puede medirse mediante la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) y establece la presencia de fracaso orgánico, una puntuación mayor o igual a 2 de cualquiera de los sistemas. Esta escala tiene la posibilidad de estratificar la enfermedad facilmente y de forma objetiva, siendo recomendada por la clasificación de gravedad de Atlanta de 2012.
Por ello proponemos incorporar a la historia clínica electrónica, la escala SOFA, para su aplicación en pacientes con pancreatitis aguda en las primeras 24 horas de la llegada a Urgencias. Ello permitiría ayudar a identificar de manera objetiva aquellos que presentan una pancreatitis aguda grave precoz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA.
• Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda.
• Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución.
• Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
• Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implantación en la Historia Clínica Electrónica de la escala SOFA, para facilitar a los médicos del servicio de Urgencias la identificación precoz de aquellos pacientes con pancreatitis aguda que desarrollan disfunción orgánica, lo que implica gravedad. De tal forma que se establecería una estrecha vigilancia previniendo una mala evolución.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.

• Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.
Objetivo:>50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Octubre – Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
• Enero- Marzo de 2017: Implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA.
• Abril – Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0436 ()

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0517 ()

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

2. RESPONSABLE ..... DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GIMENEZ VALVERDE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· AZNAR BUENO CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La disminución de la variabilidad de la práctica clinica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias.
Identificada esta necesidad, se vienen priorizando las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006.
La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias son consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial.
En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, adaptados al reglamento de protocolos del Sector II:
1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-16).
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
13. Neuropatías Ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
16- Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
18. tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
21. Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Planificar e iniciar la elaboración de nuevos Protocolos asistenciales, en consenso con el resto de Servicios, y en base a las necesidades y realidad asistencial del Servio de Urgencias, así como, revisar los protocolos existentes según fecha prevista.
2.-Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a
los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II.
3.-Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias.
4.-Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
2.-Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos Responsable: Todos los miembros del equipo.
3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
4.-Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.
Responsable: Todos los miembros del grupo de mejora

Proyecto: 2016_0517 ()

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:
1.-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles a través de la Intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.
2.-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-Revisión de los protocolos existentes y proyecto de los nuevos:
Marzo-Junio 2017.
2.-Revisión de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2017.
3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores de aquellos protocolos en periodo de revisión: Septiembre-Noviembre 2017.
4.-Análisis de los resultados y diseñoo de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diversas patologías atendidas en el Servicio de Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0615 ()

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION DE COMPETENCIAS COMUNES PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LATORRE IZQUIERDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN GRACIA LETICIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI NEONATOLOGIA
· PEÑALVA BORONAT ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· UNZUETA JOVEN SARA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· DOMINGUEZ ROMERO ALBA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La contratación del personal de enfermería a través de una bolsa de contratación general, tiene como resultado en muchas ocasiones la incorporación de profesionales sin una formación previa en el ámbito de pediatría.
Esta falta de formación hace que aumenten los riesgos tanto para los pacientes como para los profesionales y también puede disminuir la calidad de la asistencia.
Desde nuestro equipo de trabajo creemos que se trata de un problema de gran importancia, y que la implantación de un Programa de Formación de Competencias Comunes (PFCC) para los profesionales de nueva incorporación, podría ayudar a solucionar este problema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un PFCC para enfermería en el Hospital Infantil.
Mejorar la formación en pediatría del personal de enfermería que se incorpora por primera vez al Hospital Infantil.
Mejorar la calidad asistencial de enfermería al paciente pediátrico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se impartirán varias sesiones, de aproximadamente 1 hora de duración en las cuales se hablará de los temas de mayor importancia para trabajar en pediatría.
Con el fin de conseguir la máxima asistencia de personal, estas sesiones se impartirán en horario de 14 a 15h, con posibilidad de modificación si así se considera necesario.
Los temas a impartir serán los siguientes: lactancia materna, triángulo de evaluación pediátrica, medición de constantes vitales, cálculo de dosis de fármacos y fluidoterapia, oxigenoterapia, vendajes, suturas, recogida de muestras, cuidados de reservorio subcutáneo, RCP pediátrica y OVACE, sondaje nasogástrico, sondaje vesical.
Las sesiones serán impartidas por las 7 Enfermeras Internas Residentes de Pediatría del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El principal indicador para valorar el proyecto será el número de profesionales que asistan a dichas sesiones. Como incentivo, se solicitará la acreditación de las mismas con créditos de formación. Los profesionales de enfermería que acudan a las sesiones deberán evidenciar su asistencia firmando al finalizar la misma.
Se repartirán formularios de satisfacción en cada sesión para comprobar la utilidad que los conocimientos impartidos tienen sobre los profesionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto se llevará a cabo de noviembre de 2016 a mayo de 2017. En un primer periodo, se reunirá el material necesario, se realizarán las presentaciones adecuadas para impartir las sesiones y se difundirán por el hospital. Posteriormente, estas sesiones se impartirán al personal anteriormente mencionado para, en un tercer periodo, evaluar el impacto y utilidad de las mismas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales de enfermería
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0643 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRER CASTEJON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRINCADO AZNAR PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· USIETO LOPEZ LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· OLIETE BLANCO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· COMET BERNAD MACARENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· BIELSA MASDEU ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· BOSQUE MORENO ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El correcto manejo del paciente diabético en urgencias es una importante área de mejora en nuestro servicio. Cerca del 40% de los pacientes atendidos en urgencias es diabético. La importancia en la atención de estos pacientes deriva de varios factores:
Se ha detectado que hasta un 50% de los pacientes que acuden a urgencias desconocen que son diabéticos a su llegada
Un alto porcentaje presenta un mal control de las cifras de glucemia
Existe descompensación asociada a la patología subyacente y a los tratamiento necesarios
La hiperglucemia además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico implican mayor riesgo de infección, mayor mortalidad hospitalaria en pacientes con ACV y mayor mortalidad y estancia hospitalaria en EPOC. Además de afectar a la función inmune y a los mediadores inflamatorias.
La hiperglucemia afecta a un 7% de los pacientes ingresados, Implica un mayor coste y estancia hospitalaria y un mayor índice de mortalidad, lo que conlleva mayor necesidad de recursos al alta del paciente (atención especializada, residencia, cuidador)
Por todo ello es necesario que en urgencias se detecten estos problemas y se traten de una forma homogeneizada y segura para el paciente.
También hay que tener en cuenta la complejidad de tratamientos que han surgido en los últimos años; antidiabéticos orales (ADO) nuevos y nuevas insulinas.
En muchos casos es difícil conocer el tratamiento real que lleva el paciente y el médico está más centrado en la patología que motiva el ingreso, lo cual supone un riesgo de seguridad clínica para el paciente. Se debe intentar evitar el uso de pautas móviles como único tratamiento ya que han demostrado un peor control, no cubren las necesidades basales y favorecen híper e hipoglucemias.
El uso de ADO en los pacientes ingresados por patología aguda no están recomendados; ya que tiene inicio de acción lento, poca flexibilidad y efectos adversos potenciales mayores en pacientes con patología aguda

Nos planteamos en la siguiente línea de mejora:
Actualizar la guía de insulinización en los diabéticos que ingresan
a través del Servicio de Urgencias con la incorporación de nuevas insulinas
Protocolización de los criterios de insulinoterapia
Protocolización de necesidades de insulina ante situaciones especiales: cirugía,
toma de corticoides, cetoacidosis diabética, procedimientos diagnósticos…
Disminuir el uso de ADO en pacientes ingresados y sustituirlo por las dosis
equivalentes correctas de insulina.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Todos los pacientes diabéticos que ingresen a través de urgencias tengan una pauta correcta de insulinización.
-Los pacientes no diabéticos, que ingresen con cifras superiores a 180 mg/dl de glucemia deben iniciar tto con insulina durante su estancia hospitalaria
-Disminuir el número de pautas móviles como único tratamiento
-Disminuir el uso de los ADO al ingreso del paciente
-Mejor conocimiento de facultativos y enfermería de las insulinas existentes en el mercado y sus equivalencias
-Mejorar el tratamiento en situaciones especiales: cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Creación del grupo de trabajo
-Elaboración de una tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias y distribución por puntos estratégicos del Servicio de urgencias
-Actualización del tríptico de uso de insulinización del paciente que ingresa en urgencias y difusión del mismo.
-Creación de algoritmos de actuación ante situaciones especiales, cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos.
-Difusión mediante sesiones clínicas de los protocolos consensuados para facultativos, enfermería y MIR.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al inicio del protocolo se hará un muestreo con los siguientes indicadores y otro al año de su instauración y

Proyecto: 2016_0643 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

difusión

1. Porcentaje de pacientes ingresados en urgencias con tratamiento insulínico según protocolo del total de pacientes diabéticos
2. Porcentaje de pacientes diabéticos con ADO en el tratamiento del total de pacientes diabéticos.
3. Porcentaje de inicio de tratamiento insulínico en pacientes que acuden a urgencias con glucemia >180 mg/dl y que no eran diabéticos conocidos del total de pacientes.
4. Uso de pautas móviles como único tratamiento en pacientes diabéticos
5. Pauta correcta de insulina según el protocolo en pacientes con tratamiento corticoideo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión del grupo de trabajo en Noviembre .
Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Febrero 2017.
Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre
Difusión de los mismos en Marzo, Abril .
Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0678 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION DE LAS ULCERAS FACIALES POR PRESION COMO MEDIDA DE MEJORA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LUIS SORRIBAS RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AURED GUALLAR MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ABADIA GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GALVE GALVE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud que disminuye la calidad de vida y el nivel de salud del paciente, prolongan la estancia hospitalaria y aumentan el gasto sanitario. La Organización Mundial de la Salud considera la presencia de UPP como uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país.

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es una modalidad de tratamiento ventilatorio que no implica intubación endotraqueal y que se emplea en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Su uso en los servicios de Urgencias se ha incrementado de forma exponencial, aportando un indudable éxito terapéutico, no exento de complicaciones importantes como las Ulceras Faciales por Presión (UFPP).

Identificada la necesidad de control de este tipo de complicaciones y, teniendo en cuenta el creciente uso de la VMNI en los Servicios de Urgencias, es vital estandarizar las medidas más eficaces a utilizar en este contexto para evitar la aparición de UFPP.

Nuestro objetivo es protocolizar el manejo de este tipo de pacientes, con el fin de prevenir la aparición de UFPP.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir la incidencia de UFPP en pacientes tratados con VMNI mediante la elaboración de un protocolo asistencial conjunto de los Servicios de Urgencias, Neumología y Cardiología.
- Establecer un sistema periódico de revisión de las distintas medidas incluidas en dicho protocolo como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias.
- Unificar las pautas de actuación entre los distintos Servicios implicados, para minimizar las posibles complicaciones de la VMNI y mejorar la seguridad de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir estos objetivos se van a consensuar las nuevas pautas de actuación en el manejo del paciente con VMNI, con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la evidencia científica disponible en el momento actual.
Revisaremos las publicaciones de Sociedades Científicas de entidad: Sociedad española de medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), European Respiratory Society, para aplicarlas a nuestro medio.
Se tratará de un documento en tamaño DIN A4, encuadernado, que se distribuirá a todos los Servicios previamente mencionados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se evaluará mediante un dossier que deberá ser cumplimentado en cada uso de la VMNI.
Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:
1. Revisión de las Historias clínicas de los pacientes a los que se aplicó VMNI desde la realización del protocolo, analizando la elección de la interfase, el uso de “interfase dinámica”, la protección cutánea utilizada y las revisiones periódicas de la sujeccion realizadas (se evaluará mediante un dossier que deberá ser cumplimentado en cada uso de la VMNI).
2. Tras la publicación de este protocolo de manejo en la VMNI, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada uno de los Servicios implicados dispongan de las copias necesarias para su uso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar el protocolo de mejora en el manejo de la VMNI con la presentación de resultados al finalizar el mismo.
2º trimestre 2017: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades
Diseño del proyecto
3º trimestre 2017: Recogida y Análisis de datos
Elaboración del protocolo
4º trimestre 2017: Difusión de protocolo y distribución a los Servicios previamente mencionados, relacionados con el manejo de la VMNI.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0678 ()

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION DE LAS ULCERAS FACIALES POR PRESION COMO MEDIDA DE MEJORA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0695 ()

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ORTIGOSA AGUSTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO FORMENTO ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· SANMARTIN ALLUE HECTOR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PABLO CEREZUELA FRANCISCO. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C Z2. ATENCION PRIMARIA
· GARCES HORNA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MURO CULEBRAS MARIA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· TOMEO MUÑOZ RUTH. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GARGALLO GASCA NAIARA. MIR 3º. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Sector Zaragoza II trabajan en la actualidad más de 6.000 profesionales. Como institución de Servicios Sanitarios muchos de sus trabajadores pueden verse en una situación de asistencia de una parada cardiorespiratoria. Los consensos internacionales al respecto realizan recomendaciOnes sobre la necesidad de que todos sus empleados y no solo en personal sanitario exclusivamente, posean conocimientos sobre RCP-Básica.
EN la actualidad, la oferta formativa del Sector supone la formación anual de unos 250 profesionales en esta habilidad clínica.
En estas condiciones, se hace imprescindible la puesta en marcha de una herramienta que ofrezca una mayor cobertura formativa pudiendo alcanzar a la totalidad de la población diana (todos los trabajadores).
Este proyecto, que es continuidad del ya desarrollado en el ejercicio anterior, pretende poner en marcha un programa semipresencial de formación en RCP, principalmente destinado a aquellos grupos poblacionales difícilmente abarcables por la oferta formativa institucional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La propuesta para este proyecto es finalizar de desarrollar e implantar un modelo de formación semipresencial de RCP en el Sector Zaragoza II, pudiendo elaborar una base de datos que incluya a todo el personal adiestrado por servicios con el objetivo de garantizar la máxima cobertura de profesionales capacitados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto consiste en la elaboración de un entorno virtual ligado a la WEB del Sector en el que cualquier trabajador del mismo pueda acceder mediante sus claves personales a un desarrollo de material virtual con textos, imágenes y videos que despues de visualizar le pongan en situación de contestar un test teórico que una vez superado le ofrezca un calendario en el que se inscribirá el interesado para recibir en un taller de dos horas de duración un repaso de los aprendido y la realización de la parte práctica de la RCP.
El desarrollo del proyecto previo incluyó el pasado año, la busqueda bibliográfica, la elaboración de materiales teóricos, grabación de videos con MIR que actuaron de actores, elaboración de banco de preguntas para el test teórico que se incluye en el material. Además se ha realizado la selección de MIR que desarrollarán los talleres.
La presenta solicitud se realiza para la consecución de las siguientes etapas del proyecto:
- La elaboración de la herramienta informática,
- Elaboración de calendarios de talleres,
- Preparación de material RCP,
- Difusión de la actividad por los Servicios/Unidades/Centros de Salud.
- Diseño y elaboración de certificados a los alumnos asistentes que superen la actividad.
- Base de datos de cobertura de formación en los diferentes servicios.
- Evaluación del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se monitorizará bajo dos indicadores de "exito":

1.- Número de profesionales que han realizado la actividad/ capacidad máxima de formación según el diseño de talleres.
(a los seis meses de puesta en marcha de la actividad).

2.- Encuesta de opinión de los profesionales que realicen la actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Como se ha descrito, este proyecto es continuidad del ya comenzado en el pasado ejercicio.Esta circunstacia conlleva que en la actualidad se sigue trabajando en su desarrollo.
Una vez definido por el grupo de trabajo el material definitivo y los simuladores, se definirán los calendarios de talleres.
Una vez finalizado este proceso se trabajará en la creación de la herramienta informática y las pruebas pertinentes durante el primer trimestre del año 2017.
A partir de abril de 2017 se pretende realizar la difusión y presentación del programa.

Proyecto: 2016_0695 ()

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Se proponen los meses de mayo-junio 2017 como fechas para su puesta en marcha y oferta a los trabajadores del Sector.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0774 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... BELEN GROS BAÑERES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARRILLA HERRANZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MARTINEZ DELGADO SUSANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dentro del programa de Atención al Ictus en Aragón y la implantación de la Terapia Endovascular y las modificaciones constantes de los criterios de manejo de estos pacientes, creemos oportuno realizar un proyecto de formación en la atención al Ictus para el personal de nuestro servicio.
En el seguimiento de la atención que venimos realizando desde 2004, hemos detectado diversos puntos débiles en dicha asistencia:
- Elevado consumo de tiempo en la realización de filiación y triaje
- Escaso porcentaje de pacientes con claro registro de hora de inicio del Ictus
- Elevado tiempo Puerta-Aguja inferior a 60 min (Solo un 45% < 60')
- Importantes discordancias en la puntuación de NIHSS de los diferentes profesionales
- Elevado tiempo TAC-Aguja

Por lo tanto nos planteamos aprovechar la difusión de las novedades en la fibrinolisis del Ictus y de las terapias endovasculares para realizar una formación intensiva al personal de nuestro servicio.
Personal de Enfermería:
- Formación en nuevos criterios y tiempos de código Ictus
- Formación en minimizar el tiempo de triaje en estos pacientes
- protocolo de actuaciones automatizado en sala de vitales con reparto de tareas y con Check list del mismo
- Formación en preparación y administración del tratamiento fibrinolítico

Personal Médico del servicio:
- Formación en nuevos criterios de fibrinolisis y terapia endovascular
- Formación en valoración de escala NIH
- Concienciación de administración del tratamiento fibrinolítico en sala de TAC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Minimizar tiempo de triaje de estos pacientes
- Minimizar el porcentaje de pacientes en código Ictus que no son identificados en triaje Minimizar el tiempo de asistencia en vitales minimizando el tiempo puerta-TAC
- Minimizar la discordancia inter-observador en la valoración de la NIH
- Minimizar el tiempo TAC-Aguja logrando la administración del tratamiento en sala de TAC
- Aumentar el porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento endovascular que lo reciben

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de grupo de trabajo de Ictus
Realización de sesiones formativas de novedades del tratamiento fibrinolítico
Automatización en PCH y formación de las mismas del manejo de Ictus
Realización de sesiones formativas para enfermería
Realización de sesiones formativas valoración NIHSS
Difusión y formación del anagrama del manejo del código Ictus
Realización de Check-list de actividades de enfermería / médico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se analizarán los siguientes indicadores:

- Indicadores de código Ictus que venimos revisando anualmente
- Porcentaje de pacientes que reciben terapia endovascular
- Porcentaje de pacientes en los que figura hora de inicio de los síntomas
- Porcentaje de pacientes que se administra fibrinolisis en sala de TAC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión del grupo de trabajo en Noviembre
- Elaboración check list y algoritmos sencillos
- Sesiones formativas Noviembre-Diciembre
- Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre-Diciembre
- Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0774 ()

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0808 ()

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GIMENEZ VALVERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GRACIA MATILLA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· VELILLA MOLINER JOAQUIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CASADO RAMON BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La patología infecciosa es una causa importante de asistencia en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH), alrededor del 10% de las mismas. La gravedad de estos procesos varía desde banales, la mayoría, hasta procesos de sepsis y shock séptico, procesos tiempo-dependientes en los que la administración precoz del tratamiento antibiótico y las decisiones diagnóstico-terapeúticas que conllevan, repercuten directamente en la supervivencia de los pacientes.
Los procalcitonina es un biomarcador de respuesta inflamatoria e infección que se ha posicionado como una herramienta de gran ayuda al clínico a la hora de mejorar el diagnóstico y tratamiento de la infección, permitiéndole discernir si un proceso es normal o patológico así como de monitorizar la respuesta al tratamiento. Las expectativas generadas por dicho biomarcador, la falta de conocimiento de sus características, de su cinética y de los mecanismos que hacen que se eleve, así como su facilidad de uso puede hacer incurrir al facultativo en una suprautilización, a veces desproporcionada, indicando su análisis fuera de los márgenes de utilidad establecidos. Del global de determinaciones realizadas en el hospital en 1 mes más del 50% de ellas parten del Sº de Urgencias (unas 900 determinaciones) siendo positivas un porcentaje entorno al 13-15%. Dado su coste directo así como la repercusión que tiene tan elevado número a nivel de laboratorio sería conveniente poner en marcha los mecanismos necesarios para racionalizar su uso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuación del uso de procalcitonina en pacientes con patología aguda. Ajustando su utilización a aquellos pacientes que se beneficien de la información que aporta este biomarcador.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este proyecto de mejora se realizará de forma conjunta entre los Servicios de Urgencia y de Bioquímica.
a.- Una vez identificado el problema se valorará durante un mes la situación actual en cuanto al número de determinaciones solicitadas por el servicio de urgencias, el ratio en relación al volumen total de peticiones realizadas en el hospital, la patología para la que se pide, así como las veces que se ha monitorizado el tratamiento mediante la procalcitonina. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
b.- Para ello se elaborará tras revisar la bibliografía vigente con la finalidad de realizar un documento que clarifique y aporte los datos suficiente para su correcta utilización, desglosando las patologías que se benefician de su uso. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
c.-Se difundirá posteriormente mediante sesiones clínicas y material escrito a todos los facultativos que trabajan en urgencias, incluidos residentes. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
d.-Tras el periodo de difusión se valorará de nuevo la respuesta obtenida tras la intervención descrita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para monitorizar el resultado del proyecto se utilizarán los siguientes marcadores:

a.-Variación del número de peticiones realizadas en el servicio de urgencias (peticiones de procalcitonina en urgencias en la evaluación inicial – peticiones evaluación final)
b.-Variación del ratio entre las peticiones totales hospitalarias y las peticiones de urgencias entre la evaluación inicial y la final
c.-Variación del número de determinaciones positivas entre la evaluación inicial y final
d.-Variación de las veces que se ha monitorizado el tratamiento entre la evaluación inicial y final
c.-Variación del ajuste de indicación a las patologías que se benefician de su uso entre la evaluación inicial y final

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a.-Evaluación inicial. Diciembre 2016
b.-Revisión bibliografía y elaboración guía. Diciembre 2016
c.-Difusión de la guía mediante sesión clínica. Enero-Febrero 2017
d.-Evaluación final. Realización indicadores. Marzo 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

Proyecto: 2016_0808 ()

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0818 ()

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRENC ESPAÑOL PATRICIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. URGENCIAS
· ABADIA GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GALVE GALVE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MACIPE COSTA MARIA PILAR. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. URGENCIAS
· ALTISENT TROTA ROGELIO. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La comunicación es parte importante de nuestra vida, ya que establece como interactuamos con los demás, y, en profesiones en las que se trata con personas, aún más. Cuando se trata de medicina, es imprescindible establecer una buena relación médico-paciente,
Si a lo largo de la práctica médica es fácil encontrase con dificultades para una buena comunicación, en la atención en los servicios de urgencias es una constante, por diversos motivos: falta de tiempo, presión asistencial, decisiones vitales en pocos minutos, ausencia de confidencialidad….
Es necesario conocer como es la comunicación del médico con paciente y familiares/acompañantes en las Urgencias Hospitalarias, con el objeto de identificar los problemas/carencias que se presentan
Nuestro objetivo es, una vez identificados estos problemas, establecer una serie de medidas destinadas a mejorar la relación médico-paciente/familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la satisfacción final de pacientes y familiares tras la atención en las Urgencias hospitalarias, mejorando así los resultados terapeúticos.
- Disminuir o atenuar el estrés que supone para los profesionales relacionarse con los pacientes.
- Establecer medidas para garantizar un mínimo grado de confidencialidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir estos objetivos se van a consensuar una guía con pautas básicas de actuación durante la comunicación con el paciente, con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la bibliografía disponible sobre la materia en el momento actual.
Revisaremos las publicaciones de Sociedades Científicas de entidad: Sociedad española de medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), así como de La Universidad de Zaragoza, para aplicarlas a nuestro medio.
Se tratará de un documento en tamaño DIN A4, encuadernado, que se distribuirá a todos los Servicios previamente mencionados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se evaluará mediante una serie de ítems que deberán ser cumplimentados por los médicos que trabajen en la Urgencia Hospitalaria, tanto pertenecientes a los Servicios de Urgencias como a otras Especialidades que realicen alguna parte de su trabajo en la Urgencia tras completarse la atención a cada paciente.
Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:
1. Se pasará una encuesta paciente y familiares con varios ítems para valorar la atención recibida.
2. Tras la publicación de la guía básica de comunicación, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada uno de los Servicios implicados dispongan de las copias necesarias para su uso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar la guía básica de comunicación con el paciente y familiares en los Servicios de Urgencias Hospitalarios con la presentación de resultados al finalizar el mismo.
2º trimestre 2017: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades
Diseño del proyecto
3º trimestre 2017: Recogida y Análisis de datos
Elaboración del protocolo
4º trimestre 2017: Difusión de protocolo y distribución a los Servicios previamente mencionados, relacionados con la comunicación con los pacientes y familiares en los Servicios de Urgencias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0818 ()

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sin distinción de patologías.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0675 ()

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL FABRA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MALLEN MATEO EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· ESCARTIN MARTINEZ IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· RIAZUELO FANTOVA GEMA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· ALFARO TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARQUINA IBAÑEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática
- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla
- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma: 2 años:
- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.
- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.
- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0675 ()

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).
Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.
Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA.

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARELA ESPIN JOAQUIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MALLEN MATEO EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· RONCALES BADAL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_1260 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL FABRA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MALLEN MATEO EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

La VA es una estrategia terapéutica consolidada en el HUMS, con una fecha de inicio realista situada en 2013, es decir 4 años de vigencia .El flujo de entrada de pacientes ha sufrido un incremento progresivo hasta un total de 88 pacientes incluidos en VA en nuestro centro hasta la fecha

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.

Creación de la Consulta especifica de Vigilancia Activa

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
De los 88 pacientes incluidos hasta la fecha 4 acaban de realizar la primera visita. De los 84 restantes, 3 pacientes han fallecido por otra causa y 18 han pasado a tratamiento activo (20,5%)).
La mediana de tiempo en VA se cifra en 52 meses), permaneciendo a 2 años un 79% de pacientes en VA, a 3 años un 66% y un 43% a 5 años.
Si la situación se estabiliza, cabe esperar un incremento anual (nuevos casos – abandonos) de unos 30 casos/año. No cabe esperar que el crecimiento exponencial percibido en estos años de consolidación de la VA persista, sino que se estabilice en esos 30 casos/año.
De este modo el número de visitas para pacientes en VA esperables para 2017, por protocolo y sin visitas por evento que cabría esperar serían:
30 nuevos casos x 4 visitas/caso-1º año: 120 visitas.
67 casos en seguimiento x 2 visitas/caso-año: 134 visitas.
TOTAL: 254 visitas/año.
+ 260 visitas/año / 12 meses = 21,6 + 22 visitas/mes (de ellas 2-3 visitas/mes son la primera visita que requiere un mínimo de 30 minutos por paciente para explicar debidamente la VA).

Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque.

Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragon TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador: Actualización de protocolo de VA en CaP. Monitorización: diseño del protocolo.

Indicador: Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: (M): Agenda y frecuentación de citas.

Indicador: Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, Aragon TV). (M): Adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).

Indicador: Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): Diseño e implementación de plantilla

Indicador: Plantilla de interpretación de la Biopsia Próstata transperineal en VA. (M): Diseño e implementación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma: 1 año: 2017
Mes 1: Actualización del protocolo de Vigilancia Activa.
Mes 1-3 Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática.

Proyecto: 2016_1260 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Mes 1-3 Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática
Mes 1 a 6: Programar las citas sucesivas de los pacientes ya incluidos y de los nuevos en la Consulta de Vigilancia Activa. Los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos.
Mes 6 a 12: Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia Activa.
Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA.
Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· SERRANO FRAGO PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U),representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.
En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical).
Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico.
Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado.
Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación especifico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas.
Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias,a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas,en nuestro caso la creación de una consulta de alta resolución(CARHE)
Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atencion Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal
Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.
Objetivos secundarios
• Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
• Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
• Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
• Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
• Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
• Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
• Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
• Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnostico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.
Población diana:Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).
Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.
Protocolo de actuación estándar en CARHE:
1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis,exploración física,ecografía y, si procede,cistoscopia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnostica
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera
Los objetivos a lograr durante este año son:
• Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
• Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnostico en más del 50% del tiempo actual.
• Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
• Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.
Respecto al stándar actual

Proyecto: 2016_1269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio:18/04/2017
Fecha de finalización:CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.
Fases de Implantación:
1. Fase Preliminar(primeros 3 meses)
• Localización:CARHE (11:30-14:00h) ¬+ Sala Blanca (12:00-14:00h)
• Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Número de pacientes:4
2. Fase de implantación definitiva(1 año)
• Localización:CARHE (9:30-14:00h)
• Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
• Número de pacientes:10-12
3.Fase de extensión a Atención Primaria
• Localización:CARHE (9:30-14:00h)
• Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
• Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
• Número de pacientes:10-12

9. OBSERVACIONES.
Los responsables de CARHE son:
Raquel Espilez Ortiz
Jose Manuel Sanchez Zalabardo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2016_0946 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UVSS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UVSS
· CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· HERNENDEZ SANCHEZ ENRIQUETA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UVSS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En muchas ocasiones es difícil tomar decisiones terapéuticas en pacientes mayores frágiles, en quienes su vulnerabilidad y complejidad influyen en el nivel de intensidad terapéutica (NIT) más adecuado. La toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales es un elemento clave de la atención centrada en la persona y tiene como objetivo facilitar la adecuada armonización entre los valores y preferencias de los pacientes, los objetivos asistenciales propuestos y la intensidad de las intervenciones realizadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
Mejorar la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatológicos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada
Difundir en los Servicios médicos/quirúrgicos que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas
Mejorar la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicvos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asitencial
Transmitir el resultado de la valoración con respecto a la indicación terapéutica de cada paciente valorado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Diseño de herramienta “VAGATD” de valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Mercedes Clerencia .
2.- Elaboración de criterios en los Servicios Médicos y Quirúrgicos. Mercedes Clerencia, Isabel Calvo, Mª Isabel Rivera
3.- Citación en consulta externa de geriatría “GERFRA”. Enriqueta Hernández
4.- Valoración geriátrica de pacientes derivados desde diferentes Servicios. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
5.- Elaboración de informe que ayude al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
Mediante esta línea de mejora se pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles derivados a la consulta externa “GERFRA”. Se valorará a todos ellos con la misma herramienta denominada “VAGATD”, la cual constará de diferentes escalas de valoración validadas. Esta valoración objetiva junto a la valoración clínica del geriatra permitirá emitir un informe en el que conste la intensidad de intervención que se considera más adecuada. Todas las variables estudiadas: género, edad, tipo de domicilio, convivencia, multimorbilidad actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, situación cognitiva, alteraciones de marcha y equilibro, se registraran en una hoja de cálculo Excel para posteriormente poder ser analizadas con el paquete estadístico SPSS 19.0.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Diseño de herramienta “VAGATD”: Si
Elaboración de criterios con el Sº de Cardiología y el Sº de Angiología y Cirugía Vascular: Si
Sesiones interservicio: 2 o más al año
Apertura agenda de consulta externa “GERFRA”: Si
Nº de informes realizados/Nº de pacientes valorados: =90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: nov/16
Diseño de herramienta: nov/16
Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17
Citación en consulta externa de geriatría “GERFRA”: febrero/17
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

Proyecto: 2016_0946 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS CONVENCIONALES CON EMPLEO DE RADIACIONES IONIZANTES. RECOMENDACIONES "NO HACER" PARA MEDICOS PRESCRIPTORES Y PACIENTES. (DO NOT DO)

2. RESPONSABLE ..... MANUEL RAMO GARZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ MONTERDE AMELIA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO
· PUEBLA MACARRON CRISTINA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO
· RODRIGUEZ TORRES CRISTINA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO
· PINTADO RIVAS MARIA PILAR. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO
· VILLEGAS MORA YASNA. MIR. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO
· NAVARRO GARDE ELVIRA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El desarrollo del proyecto tiene como objeto describir una serie de exploraciones radiológicas que no deberían llevarse a cabo y va dirigido a los médicos prescriptores. Estas directrices deberían promoverse desde los Servicios de Radiología en colaboración y con el consenso del resto de especialidades que solicitan las distintas pruebas de imagen y debería difundirse a través de las Direcciones de Atención Especializada y Primaria a los prescriptores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Cada vez hay más publicaciones que inciden en el uso inapropiado de pruebas radiológicas que en ocasiones se indican con dudosa justificación, al mismo tiempo que la información que se transmite al paciente (tanto por el médico prescriptor como por el radiólogo) es inadecuada. Antes de solicitar una prueba diagnóstica se deben contestar una serie de preguntas básicas, tales como si la prueba va a modificar el manejo del paciente (contexto clínico), si es necesaria en el momento actual o se puede o debe demorar, o si la prueba que se solicita es la menos lesiva para el paciente y la que aporta más información.
Hay que hacer notar que hasta un 30% de las pruebas solicitadas no aportan información relevante y muchas podrían haberse evitado. Se deberían de seguir los criterios generales de radioprotección universalmente aceptados: ALARA, principio de justificación, principio de precaución y evaluación de riesgos (modelo “lineal sin umbral” o dosis 0 de aparición de daños probabilistas (carcinogenéticos y teratogénicos).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las recomendaciones buscan disminuir el uso de técnicas obsoletas, de dudosa eficacia y/o utilidad. Deberían hacerse solo las pruebas en las que se haya demostrado su utilidad y especialmente aquéllas en las que se reduzcan las dosis de irradiación y las que, por su menor coste y eficacia, incidan en la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
La decisión final sobre la prestación realizada debe de ser del radiólogo, tomada como una responsabilidad compartida con optimización de los recursos disponibles y adaptada a cada circunstancia y situación individual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se monitorizarán:
-La evolución del descenso en la demora de la realización de las prestaciones al existir menor demanda.
-La mejora de la calidad y la seguridad en el paciente, por una parte al emplear alternativas menos agresivas y por otra evitando una cascada de pruebas diagnósticas que puede acarrear la realización de pruebas innecesarias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación de forma inmediata tras la pertinente difusión a los médicos prescriptores del documento: “Recomendaciones de “No Hacer” para médicos prescriptores, radiólogos y pacientes”. Sociedad Española de Radiología Médica. 2014. file:///C:/Users/estarad3/Downloads/doc_seram_recom_no_hacer%20(1).pdf
La duración, de conseguir los objetivos previstos, será permanente.

9. OBSERVACIONES.
En el proyecto se tuvo en cuenta la normativa vigente.
-La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que entre otras normas establece los requisitos mínimos para valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y asistencia sanitaria.
-El RD 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. En él se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 97/43/EURATOM del Consejo de 30 de junio, relativa a la protección de la salud frente a los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes en exposiciones médicas.
En este contexto, se obtienen fuentes de campañas desarrolladas por diferentes Sociedades Científicas a nivel internacional, como ESR, ACR, RSNA, “Image Gently” (busca la disminución de irradiación en pacientes pediátricos), “Image Wisely” (su objetivo es mejorar la adecuación de pruebas), “EuroSafe” (campaña europea centrada en la disminución de la irradiación de la población), “NICE” y otras, como OMS y OIEA (Bonn call-for-action y “Estrategia de Seguridad del Paciente del sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”).

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

Proyecto: 2016_0536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRUEBAS DIAGNOSTICAS CONVENCIONALES CON EMPLEO DE RADIACIONES IONIZANTES. RECOMENDACIONES "NO HACER" PARA MEDICOS PRESCRIPTORES Y PACIENTES. (DO NOT DO)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Peticiones de prestaciones de Radiología convencional
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... ELENA GASPAR CALVO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARIJO CAMARA ROSARIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SANCHEZ PEREZ ESTER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· CELMA MORALEJO ROCIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· REGLA RAUFAST ANA JESUS. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· ESTERUELAS CUARTERO PAULA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los Talleres para Cuidadores se realizan semanalmente en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" desde el año 2009. Están diseñados para enseñar a los cuidadores el manejo básico (cuidados de salud y movilizaciones) de personas encamadas que al alta hospitalaria vayan a tener un alto grado de dependencia en ABVD. En Atención Primaria se tiene contacto directo con pacientes inmovilizados cuyos familiares y cuidadores se podrían beneficiar de los contenidos de estos talleres.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo 1: Difundir los Talleres para Cuidadores entre los profesionales y usuarios de Atención Primaria del Sector Zaragoza III.

Objetivo 2: Aumentar el número de participantes en los Talleres para Cuidadores del HCU "Lozano Blesa"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º Contactar con la Enfermera Gestora de Casos del HCU "Lozano Blesa" para facilitar la relación con Atención Primaria. Responsable: Rosario Garijo
2º Contactar con la Dirección de Enfermería del Sector Zaragoza III para informar del contenido de proyecto. Responsable: Elena Gaspar
3º Enviar carta informativa/correo electrónico a los coordinadores de enfermería de cada Centro de Salud del Sector Zaragoza III. Responsable: Rosario Garijo y Esther Sanchez
4º Enviar carteles con la publicidad del taller para que sean colgados en los tablones de anuncios de cada Centro de Salud. Responsables: Elena Gaspar y Rocio Celma

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1:
Nº de asistentes al Taller para Cuidadores procedentes de Atención Primaria//Nº de asistentes totales

Indicador 2:
Nº de respuestas afirmativas por parte de los Coordinadores de Atención Primaria como que han recibido la información y la documentación//Nº correos electrónicos enviados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: desde Octubre de 2016 a Junio de 2017
Cronograma:
4º trimestre 2016: contactar con Enfermera de Casos del HCU y con Dirección de Atención Primaria. Realizar la difusión en los Centros de Salud
1º y 2º trimestre de 2017: medición de respuestas recibidas por parte de los Coordinadores de Enfermería. Medición del número de usuarios que acuden a los talleres desde Atención Primaria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores y familiares de pacientes inmovilizados y/o crónicos dependientes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1064 ()

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

2. RESPONSABLE ..... ROSA TARRAGO GIL
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER TABERNER ROSA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. ODONTOESTOMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El síndrome de hipomineralización incisivo molar es una patología que cursa con defectos cualitativos del esmalte en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El término de MIH siglas en Ingles, fue descrito como tal en el año 2001 por Weerheijm y Cols para definir una patología de etiología desconocida. El síndrome de hipomineralización incisivo-molar es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico, todavía es desconocida, parece que es multifactorial. Los factores actúan de un modo sumatorio y ocurren en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos. Entre estos factores se han citado las infecciones del aparato respiratorio en el período postnatal, el consumo de antibióticos o la lactancia materna más de 6 meses (Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH, 2010). Un mejor conocimiento de estos factores podría permitir la prevención de la aparición del síndrome y un diagnóstico precoz favorecería la posibilidad de enfoques terapéuticos más conservadores. La prevalencia del síndrome esta aumentando, alcanza valores que oscilan en España: 23,4% en Madrid, 21,8 en Valencia y 17,8% en niños de Barcelona. En Aragón no se tienen datos. Es una patología y problema de salud bucodental importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ). En primer lugar creemos que sería fundamental conocer la prevalencia de niños afectados por MIH en nuestra unidad. En segundo lugar registrar las posibles causas de esta patología multifactorial. Por último creemos que es muy importante establecer un programa de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH con la aplicación de remineralizantes y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes disminuyendo la caries y la sensibilidad dental

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer la prevalencia del nº de niños atendidos en nuestra unidad afectados por MIH y su clasificación según la clasificación Mathu-Muju 2006.- Detectar las posibles causas de HIM de los niños de nuestra unidad.- Registrar el índice CAOD y cod de estos niños con HIM. - Contabilizar las aplicaciones tópicas de remineralizantes (flúor, fosfato de calcio) llevadas a cabo en los niños con MIH y de barnices de clorhexidina para bajar la carga bacteriana de los pacientes con HIM. – Cuantificar el número de selladores de fosas y fisuras aplicados a los niños con HIM de grado leve. - Establecer un programa especial de medidas de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH basándonos en los protocolos de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Registrando la patología MIH detectada en niños del programa PABIJ atendidos en nuestra unidad, ya que no hay ningún sistema para registrar el número de niños con HIM. Ni en el programa OMI-AP ni con la aplicación web del registro de la atención bucodental del PABIJ. Por lo que nos gustaría contar con ella para mejorar el registro de esta patología mediante un Índice MIH y su grado: leve, moderado, severa. - Aplicando barnices tópicos “remineralizantes” para fortalecer el esmalte afectado por MIH previniendo y revirtiendo los procesos iniciales de caries dental como son la mancha blanca. Además estos barnices ayudan a disminuir la sensibilidad. Los dientes con MIH suelen doler mucho incluso con el cepillado, lo cual supone un problema para el niño, muchas veces evitarán cepillarse en estas zonas de la boca. La placa se acumulará e irá actuando, contribuyendo a un proceso de aparición de la caries. Estas aplicaciones de barniz tópico estarán basadas en los protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH publicados por la SESPO. Implantando medidas de promoción de salud oral, medidas preventivas dirigidas a niños con MIH y a sus padres y/o cuidadores dando especial hincapié a instrucciones exhaustivas sobre higiene oral que incluyan estrategias motivacionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de niños con MIH atendidos y el grado de severidad. Para ello, registraremos toda la actividad generada dentro del PABIJ en relación con estos niños. 2. Evaluación de el índice CAOD y cod de niños con MIH. 3. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH: aplicaciones de barniz de flúor, de fosfato de calcio y clorhexidina realizadas. 4. Registro del nº de Selladores de fosas y fisuras en MIH grado leve y se hará un seguimiento y evaluación de ellos durante todo el año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este proyecto será de un año, y si es posible implantarlo definitivamente en nuestra unidad. La fecha de comienzo del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente dedicamos al PABIJ la mitad de nuestra actividad asistencial incluidos los casos de niños con MIH. Llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial pertinente.

9. OBSERVACIONES.
Bibliografía: -Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. - Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend 2006.

Proyecto: 2016_1064 ()

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0567 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
El problema detectado es la existencia de pacientes con TMG, atendidos en el CSM DELICIAS, con difícil adherencia a otros dispositivos de atención en salud mental (CENTROS DE DIA, TALLERES, etc), y aislados socialmente.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Facilitar la socialización para este grupo de pacientes con TMG, favoreciendo la relación interpersonal.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Realizar salidas, de forma continuada, de los pacientes acompañados por T.S. Y ENFERMERIA, para conseguir una mejor integración en su entorno

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1-Realización de salidas grupales programadas durante los 1º jueves de mes.
2-Al menos en el 80% de las salidas los pacientes irán acompañados de los dos profesionales implicados en el proyecto de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: febrero 2017
Finalización: Diciembre 2017.
El miércoles previo a la salida del día siguiente, se hará contacto telefónico para recordar la actividad.
Salida 1º jueves de cada mes.

9. OBSERVACIONES.
Se excluyen los meses de enero, julio y agosto por periodos vacacionales.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

Proyecto: 2016_0569 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIO-LABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL HERNANDEZ NIEVES. TRABAJADOR/A SOCIAL. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las historias de los pacientes atendidos en consulta de enfermería del CSM Delicias son muy voluminosas, ya que son pacientes con TMG en seguimiento por varios profesionales dónde es difícil encontrar la información relacionada con su situación legal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende que el equipo multidisciplinar pueda acceder de forma sencilla y rápida a la información actualizada de su situación legal, socio - laboral de los pacientes con TMG en seguimiento en la consulta de enfermería del CSM Delicias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un documento en un folio de color colocado en el reverso de la portada de la historia clínica con los siguientes ítems:
1- Situación legal/fecha(incapacitado,curatela, tutela..)
2- Grado de discapacidad/ fecha
3- Situación laboral /fecha (activo, paro, incapacidad laboral..)
4- Pensión (contributiva, no contributiva, importe..)
5- Dispositivos a los que acude (talleres, C de Día, CE Empleo,Taller inserción laboral…)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Revisión de 10 historias clínicas semanales y rellenar el nuevo documento dejando registrada la fecha en la que se lleva a cabo.
En enero de 2018 el 80% de las historias con TMG en seguimiento en la consulta de enfermería dispongan del nuevo documento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio : Enero 2017
Finalización : Diciembre 2017
Se realizarán reuniones semanales de ½ hora de duración de enfermería y trabajo social.
Durante los meses de enero y febrero se elaborará el nuevo documento y será a partir de febrero cuando se comenzará la revisión de las historias para la recogida de datos y se rellenará el nuevo documento.

9. OBSERVACIONES.
Se excluye el periodo vacacional

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0781 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SEVA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM DELICIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ LAZARO CARMEN. PSIQUIATRA. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· ARIZA MARTIN YOLANDA. PSIQUIATRA. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· MARTIN MARTINEZ CARMEN. PSICOLOGO/A. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· VILLATORO PEREZ MARINA. MIR. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· BERNAL ROMAGUERA PATRICIA. MIR. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA
· MORALES ROZAS ANA BELEN. ENFERMERO/A. USM DELICIAS. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los pacientes diagnosticados de TMG presentan significativamente un riesgo mayor de padecer enfermedades físicas que el resto de población, con elevada mortalidad, pérdida de años de vida, infradiagnóstico, y bajo nivel de autocuidados; como se recoge en la literatura y en las recomendaciones y Guías Terapéuticas de tratamiento, donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas concomitantes en TMG.

La excesiva mortalidad cardiovascular asociada con TMG se atribuye a un incremento de factores de riesgo (F.R.) coronario modificables:
? Obesidad
? Fumar
? Diabetes
? Hipertensión
? Dislipidemia
? Síndrome metabólico

Fuentes de información:

1. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

2. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp. Psiquiatría 2008; 36(5):251-264. Autores: J. Saiz Ruiz, J. Bobes García, J. Vallejo Ruiloba et al

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. DETECCIÓN: Evaluación del actual estado de salud física de los TMG atendidos en las USM Delicias. Mediante exploración física y analíticas de control

2.ACTUACIÓN: Modificación de los factores de riesgo y disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular
.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Diseño de plan de valoración y seguimiento de la salud física en el trastorno mental grave.

Captación del paciente mediante:
a) Programa de medicación inyectable que recibe tratamiento en CSMental
b) Pacientes en revisión

3. ACTIVIDAD actividades de prevención de riesgo cardiovascular

2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: devolución de la información a los equipos de atención primaria.
??

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Diagnóstico psiquiátrico
Sexo
Salud física:
- Indice de masa corporal (peso, talla)
-Tabaco
- Glucosa, hemoglobina glicada
-Tensión arterial

Proyecto: 2016_0781 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

-Colesterol

Seguimiento trimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
o ENERO-MARZO: Recogida de bibliografía
o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física en TMG.
o ABRIL en Adelante: Captación de Pacientes.Implementación del programa de evaluación y seguimiento.
o JUNIO-JULIO: Análisis preliminar de datos, buscando principales factores de riesgo coronario modificables.
o SEPTIEMBRE-OCTUBRE: Diseño de programa de modificación de FR y disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular
o NOVIEMBRE Análisis de datos de evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

2. RESPONSABLE ..... 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.
· MARTINEZ FRAILE PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR CORTES JESUS. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO GIL MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· GARISA ROCHA GEMA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· CERRADA PURI INMACULADA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· OLLERO ORTIGAS ANDRES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se detecta por los profesionales del EAP que en la historias clinicas permanecen abiertas ordenes medicas antiguas. Algunas de estas órdenes contienen datos e informacion que todavía no se ha volcado a la historia del paciente,
En reunión de Equipo con el objetivo de proponer tres indicadores para el Contrato Programa 2016, se decide corregir esta deficiencia. Seleccionamos volcado y cierre de Resultados de Analisis clínicos.
El buen registro de los parametros permite la explotacion estadistica de los mismos,elaboración de gráficas y un mejor seguimiento de la evolución de paciente a lo largo del tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro punto de partida es desde un porcentaje de cumplimiento bajo hasta 2015. Ante la expectativa de mejora propuesta, se establece un objetivo de alto cumplimiento, de hasta 90 % de las órdenes registradas,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En la primera sesión de trabajo, se propone que de forma sistemática se haga volcado de los datos de análisis y a continuación se cierre la orden médica.
Se desestiman las órdenes correspondientes a 2015 y años anteriores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Acordamos una autoevaluacion trimestral, por la que cada profesional selecciona de forma aleatoria un número representativo de cada cupo, al menos diez pacientes, a los que se les ha realizado análisis de sangre durante el año 2016. Indicadores:

nº de ordenes cerradas / total de órdenes evaluadas x100

nº de ordenes con datos ya introducidos / total de órdenes evaluadas x 100

Los datos recogidos trimestralmente por cada profesional se registran en una plantilla impresa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- marzo 2016.- se detecta oportunidad de mejora y se propone para ser incluida en Contrato Programa.
- mayo 2016.- en reunion de EAP se decide proponer el proyecto a la convocatoria 2016 y se programa calendario de autoevaluación.
- septiembre 2016.- primera autoevaluación de historias clinicas.
- diciembre 2016.- segunda evaluación
- marzo 2016 puesta en comun de los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CONTROLES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1340 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSEJO SALUD

2. RESPONSABLE ..... BENITO LUÑO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLLERO ARTIGA ANDRES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· CORTES MARINA ROSA BLANCA. PEDIATRA. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el año 2014 en el Centro de Salud de Alagón se crea el Consejo de Salud.
Se establece una comunicación con la comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Informar a la comunidad de las actividades que se realizan en el centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el año 2017 se pretende convocar dos reuniones de Consejo de Salud.
Se informa al equipo del contenido de las sesiones en el Consejo de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplimiento del mínimo de reuniones.
Registro de actas de reunión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el 2 de enero 2017 hasta el día 31 de diciembre del 2017 se convocan reuniones del los miembros del consejo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES EPOC Y ASMATICOS ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... GLORIA EZQUERRA IZAGUERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABELLO BLASCO PIEDAD. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TRINCHAN FERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO SALLAN MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN INGLES FELIX. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· GARISA ROCHA GEMA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ FERRANDEZ ELISA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En estudios de enfermería, medicina y farmacia se demuestra que no sabemos mAnajar bien los inhaladores, que no todos los sistemas de inhalación son adecuados para todos los pacientes y que estos también tienen dificultad para su buen manejo.
Presentan episodios de reagudización con una clínica determinada, aumento de disnea, tos, espectoración...que deben conocer.
Existen unos condicionantes que pueden mejorar la calidad de los pacientes asmaticos y EPOC que podemos dar a conocer.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el manejo de los inhaladores en los pacientes.
Conocer el peak-flow
Conocer la sintomatología de las reagudizaciones.
Hablar sobre consejos para mejorar calidad de vida: dejar de fumar, control del IMC, hacer ejercicio...
La población diana son pacientes EPOC y Asmáticos adultos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La actividad a realizar consite en un taller de una hora de duración.
Se busca la participación activa de los asistentes donde puedan comentar sus dudas sobre su enfermedad.
Se formaran gurpos de 6-10 personas, de pacientes diagnosticados de EPOC o con ASMA adultos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta pacientes.
Un interrogatorio anonimo y por escrito de tres preguntas que pueden valorar con SI/NO
-¿Has aprendido algo en el manejo del inhalador que usas?
-¿Le aconsejarías el taller a otras personas en tu misma situación?
-¿Conocías los síntomas que debes comentar al médico?

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde enero del año 2017 hasta junio 2017 planificación y busqueda de material.
En mayo y junio formación en centro de salud con sesiones clínicas.
Desde julio a septiembre del año 2017 captación de los pacientes.
Desde octubre a diciembre conincidiendo con campaña de vacunación de la gripe y aumento de agudizaciones comenzar los talleres.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... PIEDAD ABELLO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO SALLAN MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ FERRANDEZ ELISA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GARCIA ARTURO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· MIRANDA ARTO PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· TRINCHAN FERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la zona de salud atendemos a numerosos pacientes diagnosticados de EPOC y ASMA.
El seguimiento de estos pacientes esta dentro de la cartera de servicios.
La formación de los profesionales es un tema importante por la prevalencia de esta patología.
En la educación para la salud es un grupo donde creemos que podemos intervenir para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la formación de los profesionales a la hora de tratar y diagnosticar al EPOC y Asmático.
Mejorar la interpretación de las espirometrías y el registro de los datos.
Mejorar el conocimiento en el manejo de los inhaladores.
Crear una actividad comunitaria.
El proyecto está dirigido a los profesionales sanitarios del centro de salud de Alagón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
*Los responsables de formación del centro de salud organizan cuatro sesiones a tratar:1-Caso clínico de EPOC.2- Caso clínico de ASMA.3. Interpretación de espirometría.4.Manejo de inhaladores.
Manejo de In-check dial. y COPD 6.-
*Rotación para ver la realización de la prueba de espirometría por todos los miembros del equipo.
*Valorar por los profesionales el registro de los datos de la espirometría.
*Realizar una actividad comunitaria con los pacientes. Talleres de una hora de duración en los diferentes municipios. Donde de forma activa participan los pacientes aclarando sus dudas. Buscando la mejora de los tratamientos con inhaladores, el manejo del peak-flow, reconocer los síntomas de las reagudizaciones y los autocuidados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción a los profesionales.
Valorar de 1 a 5 puntos. Si los profesionales consideran la puntuación en 4 y 5 puntos creeremos que lo consideran una mejora de calidad.
-¿Te ha parecido útil para tu trabajo?
-¿Ha cumplido tus expectativas?
-¿Te ha parecido interesantante este proyecto?
-¿Crees que después de este proyecto podrás dar una mejor atención a estos pacientes?

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el 1-enero 2017 al 31 de mayo del 2017 planificación del proyecto.
En mayo y junio del año 2017 sesiones formativas y rotación por la sala de espirometías.
Desde julio hasta 31-12-2017 planificar y realizar proyecto comunitario.
Desde julio hasta 31-12-2017 valorar registro de la interpretación de las espirometrías

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROYECTO DE MEJORA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1542 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA GOO.GL/XKBJ9J%

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLLERO ORTIGAS ANDRES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR CORTES JESUS. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN INGLES FELIX. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO GIL MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· CORTES MARINA ROSA BLANCA. PEDIATRA. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· MAINAR LATORRE PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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 apropiados ante faringoamigdalitis en pediatría: penicilina V, amoxicilina o fenonoximetilpenicilina.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A petición de la responsable del Proyecto, se reúne el grupo de trabajo en Calidad para nombrar responsables de cada actividad. Acciones Previstas:
-Elaborar un listado de pacientes en tratamiento con estatinas y con opiaceos y se hace puesta en común. Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
-Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión. Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
-Monitorizar a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
-Registrar las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia:

-estatinas: estatinas eficaces / total de estatinas prescritas x 100

-faringoamigdalitis: prescripción de penicilina V, amoxicilina o fenonoximetilpenicilina.
Total de antibióticos prescritos
-opiáceos: pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata “revisados”
Total de pacientes en tratamiento
-Elaboración de Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos. (si / No)
-Elaboración de Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP .Definición de responsables.
Junio-Octubre:
-Nombramiento de responsables de Actividades.
-Elaboración de Listados de pacientes en tratamiento.
-Puesta en común de datos.
-Sesiones clínicas formativas: tres sesiones
-Registro de las Actividades.
Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_1542 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA GOO.GL/XKBJ9J%

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISLIPEMIAS/ TRATAMIENTO DEL DOLOR/ PATOLOGIA PEDIATRICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1637 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JUAN LUIS AGREDA CASADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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. Si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1637 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Proyecto: 2016_1677 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO SANAGUSTIN RIAZUELO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1678 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ANA OÑA RAMOS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANZ AGUIRRE JESUS. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ANDRES CONCEPCION. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· RENALES SOLER ISABEL. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· LOGROÑO GONZALEZ DEL CASTILLO LUIS. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· ARGUELLO GARCIA JOAQUINA. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1625 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS. C.S. BOMBARDA

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.
· PLANA PUIG JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· VAL VILLAVERDE MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BOMBARDA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SORA USON OLGA. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_1625 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS. C.S. BOMBARDA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1633 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... 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 MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT. MATRONA. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuestas de conocimiento previo y posterior así como encuesta de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El año del actual Acuerdo de Gestión con el objetivo de su continuidad permanente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. toda la poblacion
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1645 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

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. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. 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,
-medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Adecuación de la prescripción de medicamentos
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años.
Revisión de pacientes en tratamiento con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 propuestos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

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.
· CASTRO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· NAUDIN JESUS. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· TENIAS JESUS. MIR. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
. ANTE LAS DEMANDAS PROVOCADAS POR SITUACIONES DE URGENCIA EN LA VIDA DIARIA, EXISTE UNA NECESIDAD VITAL DE RESPONDER CON PRONTITUD Y PREPARACIÒN EN LA RESOLUCIÒN DE UN SUCESO QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA O QUE ÈSTE YA SE HAYA INICIADO.
. IMPARTIDO POR PROFESIONALES SANITARIOS DEL C.S.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
DOTAR A LA POBLACIÒN ADULTA DE LOS CONTENIDOS TEÒRICOS DE LA RCP BÀSICA.
. PONER EN PRACTICA LA CADENA DE RCP BÀSICA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
. EXPLICACION TEÒRICA MEDIANTE PRESENTACIÒN PPW.
. DEMOSTRACIÒN PRÀCTICA MEDIANTE VOLUNTARIO.
. EXPLICACIONES VERBALES A CUALQUIER PREGUNTA O INTERVENCIÒN POR PARTE DE LOS PRESENTES.
. CASOS PRACTICOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. MEDIANTE UNA ENCUESTA PRE-TALLER Y OTRA POST-TALLER.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODA LA POBLACION
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1647 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA.ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA. CS BOMBARDA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL MARTINEZ ALGORA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOBERA NAVAZ PILAR. PEDIATRA. CS BOMBARDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ANDRES REDONDO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestion del centro de Salud Bombarda,2017,donde dentro del capitulo 3 (Objetivos estrategicos),y dentro del URM, que el uso de antibioticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico)en Otitis media debera ser superior al 86,13% y el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica debera ser superior al 83,78%.La prescripcion razonada de medicamentos-antibioticos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud,para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos-antibioticos,garantizar la eficiencia en la utilización de recursos y en relacion mas concretamente con los antibioticos,fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamgidalitis aguda en edad pediatrica y tambien fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediatricos.En el capitulo 3 del contratro programa del centro de salud Bombarda,2017,tambien se establece,punto 3,”No dar antibioticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis”.Todo encaminado a evitar el uso excesivo de antibioticos y sus consecuencias en el aumento de las resistencias bacterianas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptococica en edad pediatrica,siendo el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica superior al 83,78% y fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media agua en pacientes pediatricos,intentando que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico),en otitis media debera ser superior al 86,13%.Dentro del capitulo 6(Proyectos y Objetivos de la unidad),contrato programa Centro Salud Bombarda 2017,y dentro del apartado Indicadores y Valor a alcanzar,(En Adecuacion de la prescripcion de medicamentos),se establece,pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de otitis media aguda:86,13-95,83%,y pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de faringoamigdalitis estreptococica aguda:83,78%-95,24%.En la actualidad,revisados los Indicadores en OMI-apartado Cuadro Mando de Farmacia-Pediatria-consta mayo 2017,”Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica”,para la Pediatra Pilar Lobera 96,43%,y “Uso de antibioticos en otitis media aguda”,mayo 2017,97,78,y para junio 2017,respectivamente,96,36% y 97,67%.Estos indicadores para el Pediatra,M.Angel Martinez,respectivamente, mayo 2017,94,74%,92,86%, y para junio 2017,96,15% y 93,02%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º) Información sobre el Proyecto

2º) En el Cuarto trimestre,información de la evolucion de los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cada profesional de Pediatria dispone de los medios informaticos en OMI para proceder a valorar a traves del Centro Mando –Farmacia(CMFARMACIA),de los indicadores de Farmacia,referidos con anterioridad, ”Porcentaje de Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica “,(porcentaje,% EAP,% sector,% Aragon,Min,Max) y “Porcentaje de Uso de antibioticos en otitis media aguda”(%,% EAP,% sector,% Aragon,Min-Max).

En el cuadro de Mando de Farmacia(CMFARMACIA),se dispone de la información relacionada a los indicadores referidos con anterioridad,por meses,indicadores que se denominan “cualitativos”,pudiendose tambien hacer balance de varios meses, y se puede valorar porcentajes de cada profesional,y porcentajes del EAP,porcentajes del sector III,y porcentajes de Aragon,pudiendose valorar y comparar los porcentajes y ver las evolución.

Evaluacion inicial al comienzo del proyecto y evaluacion final a su termino en diciembre .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: analisis de situación en la prescripción de antibióticos.
- Diciembre 2017. Evaluación de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1647 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA.ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA. CS BOMBARDA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infecciones tracto respiratorios superior, faringoamigdalitis, otitis.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... RAIMUNDA GAYARRE JORGE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADELL RUIZ MARIA BEGOÑA. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· ADELL RUIZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MALO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ MAGALLON NATALIA. ENFERMERO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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. Si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todo tipo de patologias

Proyecto: 2016_1638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1644 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE ZONA DE BORJA

2. RESPONSABLE ..... LUIS DANIEL PABLO OCON
· 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 MARIA. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· ADELL RUIZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace varios años el consejo de salud de esta zona básica el no se reune. Dado que en las últimos años nuevamente se ve un interés por que se ponga en marcha, nos hemos decidido finalmente a que entre en funcionamiento, para estar más en contacto con la comunidad, saber de sus intereses respecto a la sanidad y necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener comunicación directa con la comunidad, para informar de las actividades del centro y recibir sus necesidades.

Ponerlo en marcha en 2017, y tener al menos, si es posible, una reunión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hablar con los componentes del Consejo para analizar los problemas para formar parte del consejo, valorando sus resistencias y las medidas necesarias para que el consejo pueda ser funcionante.

Diseñar y acordar un espacio y tiempo para las reuniones.

Diseñar y acordar un calendario de reuniones para 2017 y 2018.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplir con las actividades
Registro de las actas de reunión.
Informar al EAP.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo junio, análisis de la situacion y opinion d elos miembros del consejo.

Julio diciembre realizacion de reuniones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1664 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ESTEBAN JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARIJO BARSELO MERCEDES. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA SALVADOR MARIA JOSE. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· COBOS HERNANDEZ ANA MARIA. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente una de las funciones fundamentales del equipo de salud es velar por la seguridad de la terapéutica farmacológica, así como buscar su mayor efectividad, tomando en cuenta el hecho real de que determinadas reacciones adversas a medicamentos de uso humano (RAM) no pueden detectarse ni en los estudios preclínicos en animales, ni en los ensayos clínicos de fase II y III.
Es esencial tener en cuenta que durante las fases de investigación clínica (fases II y III) sólo un número pequeño y exclusivo de pacientes son expuestos al tratamiento (2.000-5.000), por lo que no es extraño pensar que aquellas RAM de incidencia intermedia o baja, las que tienen un largo período de latencia, las que ocurren tras tratamientos crónicos o aquéllas que aparecen en grupos específicos de pacientes, no sean detectadas durante el desarrollo de estos estudios. La comercialización de un medicamento sólo significa que, en el momento de concederse su licencia, no se han identificado riesgos inaceptables en su uso.
La identificación y notificación de las RAM es una de las actividades asistenciales que en los últimos años se ha incorporado a los indicadores de la calidad del Sistema Sanitario.
Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados recibidos por los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones adicionales a la enfermedad que padezcan, más allá de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.
La prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico siendo su importancia y frecuencia de tal magnitud que la facturación de farmacia en el año 2016, según datos del Ministerio de Sanidad, era de más de 900 millones de recetas en el Sistema Nacional de Salud. Parece obvio que la exposición de la población a los medicamentos es masiva.
En este contexto, las RAM se han convertido en un nuevo problema de Salud Pública, en cifras que podrían denominarse de pandemia, obligándonos a continuar la investigación de las consecuencias del uso de los medicamentos tras su comercialización a través de la Farmacovigilancia.
La magnitud del problema que se expone es tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las RAM son una de las 10 causas principales de defunción en todo el mundo. Y Lazarou, quizás en uno de los estudios con más repercusión hasta la fecha, estimó que las RAM suponían entre la cuarta y sexta causa de mortalidad en Estados Unidos.
A pesar de la importancia de las RAM existe un problema, la infranotificación de las mismas. Los datos de infranotificación varían pero aproximadamente rondan unos porcentajes en torno al 94%, según la revisión que realizó Hazell en el 2006.
Los datos demuestran que la mayor parte de las prescripciones de fármacos se producen desde la Atención Primaria (alrededor del 80-90%) y que hasta el 2,5% de las consultas pueden estar motivadas por una RAM.
Situación actual del CS Borja: Tras la solicitud del número de RAMs notificadas al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón por parte del CS Borja, se evidenció que desde el año 2010 al 2016 no se ha notificado ninguna RAM, mientras que la tasa por cada 100000 habitantes/año en 2016 en Aragón fue de 89,68.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana serán todos los pacientes que sean atendidos en el centro de salud de Borja y en todos sus consultorios. El grupo etario comprende desde los 0-100 años de ambos sexos.
El objetivo es aproximarse a la tasa media de notificaciones de RAMs en Aragón.
Fomentar la notificación en medicina y enfermería.
La intervención conllevará una mejora en la calidad de la prescripción en los pacientes y en un mejor conocimiento de los medicamentos que se manejan en Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?.
Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos.
Reunión de equipo 1. Estado del nº de notificaciones a mitad de periodo de estudio.
Reunión de equipo 2. Resultados del proyecto realizado y valoración de los objetivos alcanzados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador principal: número de notificaciones desde Julio 2017 a Julio 2018.
Actualmente y en los últimos años ha sido una tasa de 0 RAMs por 100000hab/año, por lo que el obejtivo sería llegar a la tasa media de Aragón, 89,68.
Fuente de los datos: Solicitud del nº de notificaciones al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón en julio 2018.

Proyecto: 2016_1664 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2017. Actividad formativa 1. Responsable Ó. Esteban.
Octubre 2017. Actividad formativa 2. Responsable Ó. Esteban.
Febrero 2018. Reunión de equipo 1. Responsable Ó. Esteban y Mª Mar Rodrigo.
Julio-Agosto 2018. Reunión de equipo 2. Responsable Ó. Esteban y Mª Mar Rodrigo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Este trabajo es transversal a todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1680 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... LUIS DANIEL PABLO OCON
· 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 MARIA. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· GARIJO BARCELO MERCEDES. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA SALVADOR MARIA JOSE. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA
· GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MARTINEZ CUÑADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEZQUITA ADAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO NAVARRO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SANMIGUEL ARBUES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MAS SANCHEZ ADORACION. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MINGUEZ MARTIN CRISTINA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ROYO OCHOA ARANZAZU. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
De la experiencia diaria de los pacientes que acuden a las urgencias, o ponen un aviso domiciliario, se detecta la falta de conocimientos de la población de Cariñena de realizar los primeros cuidados de una cura básica en cualquier accidente domiciliario y los materiales necesarios que se deben tener en el botiquín del domicilio, así como la No Revisión de las caducidades de los medicamentos que guardan.
También se detectan falsos mitos populares respecto a la primera actuación ante una quemadura (pasta dientes, etc.).
Este proyecto aporta una herramienta a la población que aumenta su seguridad e introduce acciones que mejoran la autonomía de los ciudadanos sobre su salud y cuidados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la autonomia de la población.
Aumentar los conocimientos sobre autocuidados.
Mejorar la seguridad de los pacientes evitando el uso de medicamentos caducados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- El procedimiento consistirá en aprovechar las urgencias que realizamos en los domicilios para pedir al paciente que por favor nos deje revisar su botiquín que tiene en casa.
Revisaremos el material, comprobando ADEMÁS la caducidad de los medicamentos y realizaremos una breve educación sanitaria de los 4 pasos básicos de una cura: 1.- lavar (agua y jabón) 2.- Secar (gasas o toalla limpia) 3.- Desinfectar (revisar si tiene algún desinfectante NO CADUCADO) Y 4.- TAPAR (tirita).
También aprovecharemos para aumentar sus conocimientos de primeros auxilios ante una quemadura (agua fría, silvederma…).
Se propone pegar una pegatina en el botiquín ya revisado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- nº Domicilios donde se aplica el proyecto x 100/ Total población del C.S. Cariñena =
Registrándolo en el OMI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tras la aprobación: reunión de EAP para unificar criterios.
A los 2 meses reunión de seguimiento.
A loso 6, 8, 10 meses reunión de seguimiento y valoración de indicadores hasta el momento.
A los 12 meses: encuesta en la consulta de atención primaria para conocer a cuantas personas le ha llegado esa revisión, si son conocedoras del proyecto y su grado de satisfacción.

9. OBSERVACIONES.
Es un proyecto que amplia nuestra labor de equipo y en el mismo momento se pueden revisar los dos componentes del botiquín (medicación y material de curas),
El coste económico solo incluye las pegatinas de implantación del proyecto en el botiquín revisado.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que precisen atención domiciliaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0659 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN EL PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

2. RESPONSABLE ..... CARLOS BAUTISTA LOPEZ MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARQUES POLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SARASA PIEDRAFITA DELFIN. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SANMIGUEL ARBUES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASBAS VELA DOMINGO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL PROYECTO SE ORIGINA ANTE LA OBSERVACIÓN DE ACÚMULO DE DESPERDICIOS EN LA ZONA DEL GARAJE DEL C.S. DETECTÁNDOSE QUE ADEMÁS DE LO ANTERIOR SE AMONTONAN UNAS 15 CAJAS LLENAS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE CONSULTORIOS PERIFÉRICOS Y DE CABECERA, CREEMOS IMPORTANTE DAR UNA SALIDA CIVILIZADA Y ORGANIZADA A DICHA SITUACIÓN, YA QUE ADEMÁS PODRÍA SER DE UTILIDAD SEGUIR CONSERVANDO DICHOS HISTORIALES DE PACIENTES TRABAJO BIEN HECHO, YA REALIZADO: ANALÍTICAS, INFORMES, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS...
CREEMOS QUE HISTORIA FÍSICA DE PAPEL EXISTIRÁ SIEMPRE COMO SISTEMA DE ALMACENAJE DE INFORMES MANUALES, PRUEBAS EXTERNAS...CON LO CUAL EL VOLUMEN DE LOS ARCHIVOS EN LAS CONSULTAS SIGUE AUMENTANDO HASTA EL PUNTO DE QUE NO SE PUEDEN ABRIR LOS CAJONES. LA UTILIDAD FUTURA RADICARÁ EN ESTUDIOS FAMILIARES POSTERIORES, ESTADÍSTICOS, POSIBLES LEGALES...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- ESTABLECER UN MECANISMO ADECUADO PARA EL TRATAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES FALLECIDOS QUE NO SEA EL ALMACENAMIENTO EN LOS LUGARES MÁS RECÓNDITOS DEL CENTRO, SIN ORDEN, NI CONCIERTO.

2.- ORDEN Y LIMPIEZA EN TODAS LAS DEPENDENCIAS DEL CENTRO: CERO CAJAS DE HISTORIAS CLINICAS POR EL SUELO, CON EL CONSIGUIENTE PELIGRO DE PÉRDIDA DE DATOS POR HUMEDADES, INSECTOS, ROEDORES...(ESTAMOS EN EL CAMPO).

3.- SALVAGUARDA Y CUSTODIA: DE DATOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER REQUERIDOS POSTERIORMENTE PARA FINES LEGALES, INVESTIGACIONES GENÉTICAS DE DETERMINADAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN TRANSMITIRSE A TRAVÉS DE GENERACIONES...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- CREACIÓN DE ARCHIVO TEMPORAL CON HISTORIAS DE TODOS CUPOS AFECTAS Y LIBRO DE REGISTRO DE TRANFERENCIA CON DOCUMENTACIÓN Y HOJAS DE REMISIÓN: HOJAS DE TRANFERENCIA DE FONDOS DONDE CONSTE: Nº CAJA, Nº EXPEDIENTE(AR), FECHA FINAL DE CIERRE DE HISTORIA, CONTENIDO: NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE Y FECHA DE NACIMIENTO. TRASLADO DE DICHO MATERIAL AL ARCHIVO DE LA COMUNIDAD AL FINAL DEL PROYECTO Y ESTABLECER PERIODICIDAD ADECUADA DE REMISIÓN DE ESTE TIPO DE MATERIAL AL ARCHIVO.

2.- CREACIÓN DE ARCHIVO EN C.S. PARA HISTORIAS CLINICAS DE FALLECIDOS ANTERIORES A LAS TRANSFERENCIAS(1-1-2002) LAS CUALES NO SE HACE CARGO EL ARCHIVO LA CC.AA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- CORTES DE EVALUACIÓN DE COMO SE VA DESARROLLANDO EL PROYECTO A LOS 3M (RECOGIDA DE HISTORIAS DE LOS CONSULTORIOS Y PREPARACIÓN),
6M (PREPARACIÓN EN CAJAS NUMERADAS Y LISTADOS DE CADA CAJA...)
Y FINAL DEL PROYECTO, DESPUÉS DEL TRASLADO DE LOS HISTORIALES.
2.- ENCUESTA DE SATISFACCION DE PROFESIONALES, SI CREEN QUE SIRVE PARA ALIGERAR LOS ARCHIVOS DEL CENTRO, LES HA SUPUESTO UNA MEJORA...

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 AÑO. 2 FASES: FASE 1: ACERCAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES FALLECIDOS HACE MAS DE 5 AÑOS. DESDE CONSULTORIOS LOCALES A CENTRO DE SALUD.(3 MESES).
FASE 2: ORDENACIÓN DE HISTORIALES EN CAJAS SEGÚN SISTEMA DE ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA C.C.A.A. Y ELABORACIÓN LIBRO DE REGISTRO Y DE LISTADOS: HOJAS DE TRANSFERENCIA DE FONDOS. REMISIÓN DE CAJAS NUMERADAS Y LISTADOS: SEPTIEMBRE 2017.
FECHA INICIO: 19/10/2016.FECHA FIN:20/10/2017.

9. OBSERVACIONES.
SE TRATA DE UN PROYECTO QUE NO AFECTA A UNA PATOLOGÍA DETERMINADA, NI A UNA EDAD DETERMINADA, YA QUE UN FALLECIMIENTO PUEDE OCURRIR POR MULTIPLES CAUSAS Y A CUALQUIER EDAD, LO REALMENTE INTERESANTE ES LA CONSERVACIÓN A LARGO PLAZO DE LOS HISTORIALES, PARA ESTUDIOS Ó INVESTIGACIONES CONCRETAS POSTERIORES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0659 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN EL PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INTIMIDAD Y CUSTODIA DE DATOS, AFECTA A TODAS EDADES Y TODAS PATOLOGÍAS.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MINGUEZ MARTIN
· 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. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ROYO OCHOA ARANZAZU. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· REDONDO COLLADO MARIA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LANGARITA LANGARITA DIONISIO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MEZQUITA ADAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dado que el servicio de atención continuada es una parte fundamental dentro de los equipos de primaria y muy utilizada por gran parte de la población, consideramos que hay aspectos mejorables que requieren de poca inversión y supondrían una mejora en la atención a los pacientes . Las oportunidades de mejora serían las siguientes.
- correcta recogida de datos en la demanda de la asistencia domiciliaria
-conocimiento y adiestramiento por parte de los integrantes del equipo en el uso de sistemas de oxigenoterapia y recambio de balas
-información sobre usuarios que precisan especial vigilancia entre los profesionales del equipo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los resultados que esperamos obtener con este proyecto integrarían una correcta identificación del domicilio demandado (paciente, domicilio, pueblo, teléfono, patología que demanda, fecha y hora), un conocimiento óptimo por parte del personal que trabaje tanto en la urgencia del centro como en la domiciliaria,de la utilización correcta de sistemas de oxigenoterapia y recambio de balas y sus componentes y una rápida y fluida comunicación entre los profesionales implicados, de los paciente subsidiarios de un seguimiento más exhaustivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para todo ello depositaremos al lado de cada teléfono una tabla de recogida de datos básicos del paciente, instruiremos al resto del equipo en el conocimiento de los sistemas de oxigenoterapia (hudson, ventimask, nebulizaciones..) y recambio de bala en el caso que lleguen a un bajo nivel de oxígeno, y colocaremos una pizarra con fecha, hora de atención y pueblo al que pertenece el paciente obviando nombre y apellidos para mantener la confidencialidad necesaria,de tal manera que el médico de familia correspondiente pueda entrar a la agenda de atención continuada a hora citada y vea el seguimiento y anotaciones que hemos hecho sobre el paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Revisión mensual de la recogida de datos, sondeo del nivel de conocimientos iniciales de sistemas de oxigenoterapia y sus componentes mediante práctica presencia y repetición de dicha práctica con carácter trimestral y uso y satisfacción percibida por parte de los profesionales sanitarios del centro de salud sobre la pizarra de seguimiento de pacientes al mes de implantación y evaluación a los 3,6,9 y 12 meses

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración sería de 1 año con fecha de inicio aproximada el 1 de abril de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

2. RESPONSABLE ..... DOLORES EMILIA SAN MIGUEL ARBUES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GOÑI ALFONSO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· COLAS BELTRAN FERNANDO ISIDORO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASBAS VELA DOMINGO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SARASA PIEDRAFITA DELFIN. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Gestión de botiquín: Establecer un adecuado sistema de control y gestión respecto a la petición, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en el botiquín del centro de salud.
2. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
3. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: 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. 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,
- la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento antidiabético, y el grado de control de la enfermedad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Gestión de botiquín y sala de Urgencias
Revisión del botiquín del centro y del consumo de medicamentos del año 2016.
Revisar el cumplimiento de las pautas de stocajes, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en el almacén, la sala de urgencias y el maletín de urgencias
Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado.
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar información farmacoterapéutica en los grupos de fármacos seleccionados.
Sesión de formación sobre adecuación de prescripción de estatinas, antibióticos y adecuación de opioides.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia.
Revisión de los pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata.
Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Difundir la instrucción
Disponer de un listado que relacione cada antidiabético con el número de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras a cada antidiabético disponible.
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Gestión de botiquín y sala de Urgencias
Dispone de stock revisado
Cumplimentación del formulario de revisión de la sala y maletín de urgencias
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de cuadro de mandos de farmacia
Revisión de pacientes
Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2017: Difusión del proyecto y envio de información actualizada.
Junio 2017: Revisión botiquín.
Formación sobre adecuación de farmacoterapia
Reunión para diseño AMFE receta electrónica.
Septiembre:Actualización del stock de medicamentos en botiquín.
Monitorización de indicadores de cuadro de mandos de farmacia.

Noviembre: Monitorización de indicadores.

Proyecto: 2016_1627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1667 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... DOLORES EMILIA SAN MIGUEL ARBUES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANGARITA LANGARITA DIONISIO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MARQUES POLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· AGUDO GARCIA ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1686 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ANA PENON GIMENO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEDRANO ALCAY LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ESPARZA GARCIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERRE GONZALEZ ANTONIA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN RICO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ GREGORIO ALICIA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ HERNANDEZ LOYOLA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO RODRIGO CARMEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CAMATS FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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
4. 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,
-la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento antidiabético, y el grado de control de la enfermedad
4. Participar en el diseño del AMFE de receta electrónica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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 al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
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

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia
Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013
Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras
Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto
Registro en OMI-AP
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.
Registro de las actividades realizadas

AMFE de receta electrónica
Participación en las reuniones para revisión de un AMFE de receta electrónica.

Proyecto: 2016_1331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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).

Adecuación de la prescripción de medicamentos
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.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.
% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

AMFE de receta electrónica
Colaboración en la elaboración de un AMFE de receta electrónica.
Asistencia al 80% de las reuniones convocadas.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1641 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES NAVARRO PEIRO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ GARCES JORGE. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES. TCAE. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· JULVE VILLUENDAS ISABEL MARIA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· LAHOZ GARCIA FERNANDO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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
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
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1641 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1648 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CAMATS FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BROTO CIVERA MARIA ELENA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. 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,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 propuestOS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER CUIDADORES. CUIDAR Y CUIDARSE

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.
· SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ LAPEÑA ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS CASETAS. FISIOTERAPIA EN AP
· ANDRES NILSSON ANA KARIN. PEDIATRA. CS CASETAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PENON GIMENO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL AÑO PASADO SE INICIO PROYECTO COMUNITARIO COMO APOYO AL CUIDADOR DE PACIENTES DEPENDIENTES.
SE REALIZARON 2 SESIONES CON AMPLIA PARTICIPACIÓN.
NUESTRA PROPUESTA ES LA CONTINUIDAD DE EL PROYECTO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO POR PARTE DE LOS ASITENTES AL TALLER A NIVEL FISICO COMO PSICOLOGICO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
TALLERES PRESENCIALES SEGÚN DEMANDA DE LA POBLACIÓN DANDO COMO NUMERO IDONEO LA PRESENCIA DE 5 - 6 PARTICIPANTES
REALIZACION DE TALLERES DE ESPALDA SANA.
EN NUESTRO OBJETIVO ESTA LA REALIZACION DE UN CORTO CON LOS PARTICIPANTES COMO FORMA DE CONSEGUIR UNA MAYOR INVOLUCRACIÓN EN EL PROYECTO
POSIBILIDAD DE SERVICIO DE GUARDERIA PREVIO AVISO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NUMERO DE SESIONES REALIZADAS CUATRIMESTRALMENTE
NUMERO DE PARTICIPANTES
NUMERO DE TALLERES DE ESPALDA SANA.
ENCUESTA DE SATISFACCION Y EVALUACION
TEST DE CARGA DE CUIDADOR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO DE SESIONES EN SEPTIEMBRE SEGUN DEMANDA COMUNITARIA

9. OBSERVACIONES.
chezm@salud.aragon.es

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRONICO COMPLEJO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

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.
· BASELGA MARTIN MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN ABAD LUCIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO MALABIA SAGRARIO. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ MIR MARIA FE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· UCEDO APARICIO ANA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todos los lunes en el centro cívico Delicias de 17 a 18 horas ejercio, movilizando todas las articulaciones, ejercicios de equilibrio, coordinación y pesas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ALEGRE LOPERENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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
4. 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,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,
-la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento antidiabético, y el grado de control de la enfermedad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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 al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
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

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia
Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013
Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras
Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto
Registro en OMI-AP
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas y sala de urgencias
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).

Proyecto: 2016_1332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE

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).

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.
% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

2. RESPONSABLE ..... BLANCA NIEVES JIMENEZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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.

9. 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.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1617 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1631 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS.

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ALEGRE LOPERENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL CAMPO PASTOR ABELARDO. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ BARRIO ISIDORO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TORRES ORTEGA ALBA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TERRAZAS IMAZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DUARTE CARCAS ALICIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO BAQUEDANO MARIA JESUS. TCAE. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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. Si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1631 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS.

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1640 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

2. RESPONSABLE ..... BLANCA NIEVES JIMENEZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRANCO PILAR. PEDIATRA. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CONTE MARTA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA CONCEPCION. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PINA ARANCHA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Primero haríamos un estudio de prevalencia de lacatancia materna en nuestra zona de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del lactante y complementaria hasta los 2 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar sesiones grupales con las madres y uno o más colaboradores del proyecto (matrona y enfermera ó pediatra o MAC) en la sala de la matrona con periodicidad semanal o quincenal dependiendo de la demanda de dos horas de duración

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Prevalencia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años al inicio, durante y al final del proyecto, así como la satisfacción de las madres y de los profesionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año renovable de forma indefinida

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· OCHOA MONEO PURIFICACION. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· JAVIERRE MIRANDA ELENA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MORTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUE PINILLA MAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· OLIVEROS GONZALVO PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Nuevo proyecto de mejora con las actividades consolidadas hasta ahora y nuevos proyectos: detecciόe e intervención consumo de alcohol, proyecto IHAN para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia, y proyecto de prevención de la violencia de genero.

Los puntos fuertes son:
1. mantenimiento ISO-9001-2008

2. La continuidad del grupo estable de mejora

3.La existencia del sistema de detección de oportunidades de mejora: Consejo de Salud, Reclamaciones y Buzón sugerencias

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Consolidación equipo de mejora renovado
2. Líneas de mejora
1. Intervención tabaquismo
Mantener actividades de Intervención Intensiva en las consultas de deshabituación ya existentes
2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): mantener la realización prueba diagnóstica
3. Seguridad clínica:
Mantener el registro RAM
4. EPOC: -Continuar con el Servicio de espirometría
5. Vacunaciones en el adulto:
Vacunación Antigripal mejorar la cobertura
Vacunación Antineumocócica Aumentar cobertura
6. Proyecto prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: . mantener seminario
7. Seminario de prevención cardiovascular, Mantenimiento actividad
8. RCP en Centro de Educación Secundaria Jerónimo Zurita mantener actividad
9. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en el alumnos de 1º de Educación mantener proyecto
10. Detección e intervención sobre el consumo de alcohol en atención primaria: en colaboración con la Dirección de Salud Pública detectar consumo de alcohol
11Prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola, y el Instituto de Enseñanza Secundaria Jerónimo Zurita
12 Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: iniciar este proyecto de promoción lactancia materna

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Mantenimiento Norma ISO 9001-2008
2. Líneas de mejora:
1. Intervención en tabaquismo:
Mantener 2 consultas deshabituación .Actualización guía paciente fumador

.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):
Actualización en el equipo de la guías HTA

3. Seguridad clínica: mantener notificación de RAM, continuar realizando formación
4. . EPOC actualización guía EPOC
5. Vacunaciones en el adulto:
. Vacunación Antigripal.- carta a mayores de 65 años y menores de 65 años patología de riesgo, . Vacunación Antineumocócica.- en residencia
6 Proyecto de prevención del consumo de alcohol en medio escolar: se realizarán 2 sesiones en el aula 2 colegios de la zona
7.Seminario de prevención cardiovascular: cuatro sesiones FRCV Asociación de Vecinos
8: RCP en Centro de Educación Secundaria,en el IES Jerónimo Zurita en dos sesiones

Proyecto: 2016_0403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

9. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de secundaria cuatro sesiones en el aula alumnos de 1º de ESO
10.Detección e intervención sobre el consumo de alcohol en atención primaria: 2 sesiones formativas. Utilización de Audit C, Audit 10 y CRAFT en consultas durante 2 meses
11 Prevención violencia de género en adolescentes creación grupo de trabajo: pediatras y enfermeras centro de salud Delicias Sur, trabajadoras sociales A.V. Manuel Viola, Departamento de Sociología Universidad Zaragoza, Unidad Prevención Policía Nacional, IES Jerónimo Zurita, MIR y estudiantes medicina

12.Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: inicio de acreditación proyecto, disponer de normativa escrita relativa al lactancia y comenzar la capacitación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Mantenimiento del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
- Consolidación GRUPO DE MEJORA DE CALIDAD RENOVADO
- Certificación ISO
- Auditoria interna realizada
-Mantenimiento sistema incidencias cliente:
Reuniones consejo salud y Valoración de sugerencias y reclamaciones
2Líneas de mejora
1Intervención en tabaquismo: Nº consultas deshabituacion / Nº pacientes atendidos
2 MAPA Numero de MAPA y Registro en curso clínico OMI
3 Seguridad clínica:Tasa de RAM y sesiones realizadas
4 EPOC: Número de espirometrías realizadas
5Vacunaciones adulto: Cobertura Vacuna Antigripal.y Antineumocócica
6. Realización sesiones prevención de consumo de alcohol colegios de Primaria
7Realización 4 sesiones del seminario de prevención cardiovascular
8 Realización de los grupos de RCP a alumnos de secundaria
9 Realización sesiones prevención del consumo de tabaco en educación secundaria.
10. Detección e intervención consumo de alcohol en atención primaria: Número de test de Audit C, Audit 10 y CRAFT
11, Prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias: constitución grupo de trabajo, elaboración del cuestionario, y evaluación resultados.
12Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: comunicación del proyecto al equipo e inicio de la acreditación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: JUNIO DE 2016
Calendario: Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizaran a lo largo del año

9. OBSERVACIONES.
Resto equipo de mejora:
MENGUAL GIL José María. PEDIATRA. C.S DELICIAS SUR jmmengual@salud.aragon.es
GABAS BALLARIN Pilar MAC .C.S DELICIAS SURmpgabas@salud.aragon.es
VILLANOVA LANUZA Aurora AUX. ADM. C.S DELICIAS SUR avillanova@salud.aragon.es
LACLETA LORENTE Rosa AUX CLINICA . C.S. DELICIAS SUR rmlacleta@salud.aragon.es

10. OTRO ENFOQUE. PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD / CONTROL CRONICIDAD/ GESTION CALIDAD ISO / SEGURIDAD PACIENTE/ PARTICIPACION CIUDADANA /

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCION / PROMOCION /CONROL ENFERMEDADES CRONICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0430 ()

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOIDI PLA MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CS DELICIAS SUR. FISIOTERAPIA EN AP
· LOPEZ LAPEÑA ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS CASETAS. FISIOTERAPIA EN AP
· ARTIGAS GARCIA ANA. FISIOTERAPEUTA. CS UNIVERSITAS. FISIOTERAPIA EN AP
· SIMON ALAMAN LAURA. FISIOTERAPEUTA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. FISIOTERAPIA EN AP
· AZNAR VIDALLER CARMEN. FISIOTERAPEUTA. CS UNIVERSITAS. FISIOTERAPIA EN AP
· RUIZ CLAVERO SANDRA. FISIOTERAPEUTA. CS UTEBO. FISIOTERAPIA EN AP
· VALER PELARDA ANA. FISIOTERAPEUTA. CS BORJA. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ACTUALMENTE UN ELEVADO PORCENTAJE DE LAS DERIVACIONES RECIBIDAS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA (UF) DE AP DEL SECTOR III SON DEBIDAS A ALGIAS VERTEBRALES.
DADA LA GRAN DEMANDA DE TRATAMIENTO Y LA ESCASEZ DE PROFESIONALES, LA DEMORA EN LAS UF AUMENTA CONSIDERABLEMENTE DEBIDO A ESTE PROBLEMA.
LA PRINCIPAL CAUSA QUE GENERA ESTA CONSULTA ES EL SEDENTARISMO Y LA FALTA DE CONOCIMIENTO DEL PROPIO PACIENTE DE SU COLUMNA VERTEBRAL Y DE LA HIGIENE POSTURAL QUE DEBE SEGUIR.
ES POR ELLO, QUE LA CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE ESPALDA A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA, DONDE LOS USUARIOS PUEDAN REALIZAR TRATAMIENTO GRUPAL Y APRENDER NOCIONES BÁSICAS SOBRE ANATOMÍA Y CUIDADO DE SU COLUMNA VERTEBRAL NOS PARECE INTERESANTE PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y AGILIZAR LAS LISTAS DE ESPERA EN LAS UF.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LAS MEDIDAS PREVISTAS SON DISEÑAR E IMPLEMENTAR UNA ESCUELA DE ESPALDA EN AP CONSISTENTE EN:
UN CONTENIDO TEÓRICO (FORMATO DIGITAL, COMÚN EN TODAS LAS UF DEL SECTOR III, ELABORADO Y CONSENSUADO POR TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS) Y UNA PARTE PRÁCTICA CONSISTENTE EN UN TRATAMIENTO GRUPAL BASADO EN EJERCICIOS VERTEBRALES (TAMBIÉN ELABORADO Y CONSENSUADO POR TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- DEMORA EN DÍAS ANTES DE INICIAR LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO FRENTE A DEMORA EN DÍAS A LOS 3-6-12 MESES DE SU FUCIONAMIENTO.
2- ADHESIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA/NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES PROPONE PARTICIPAR.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LA FECHA DE INICIO DEL PROYECTO SERÍA INMEDIATA UNA VEZ DISEÑADO Y, UNA VEZ LLEVADO A CABO, NO TENDRÍA FECHA DE FINALIZACIÓN SINO QUE CONTINUARÍA COMO SERVICIO CONTINUO EN LAS UF.
CRONOGRAMA:
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016: ELABORACIÓN DEL SOPORTE TEÓRICO.
ENERO- FEBRERO 2017: PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO.

9. OBSERVACIONES.
ACTUALMENTE SE CUENTA CON 10 FISIOTERAPEUTAS EN LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III. ESTE DOCUMENTO SOLO ADMITE 8 PARTICIPANTES, PERO EN REALIDAD, LOS 10 PROFESIONALES PARTICIPAMOS EN EL PROYECTO, POR LO QUE SOLICITAMOS NOS SEA RECONOCIDO A TODOS LOS EFECTOS.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENGUAL GIL JOSE. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO REMIRO OLGA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO RERO SILVIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANISIDRO FONTECHA CARMEN. PSICOLOGO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias “Manuel Viola” que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.
En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.
Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito
escolar, sanitario y social.
El proyecto esta incluido en el Acuerdo de Gestión del centro de salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.
- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3; Pediatría:2; Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2017 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:
1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.
3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de
desigualdad en adolescentes de Delicias.
4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y
las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la primera fase los indicadores son:
1. Constitución y mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar
2. Tener elaborado el cuestionario para el análisis de la intervención
3- Tener elaborado el informe con los resultados del análisis
3. Nùmero de sesiones en las aulas del IES Jerónimo Zurita realizadas en la fase de difusión de los resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cursos: 2016-2017 y 2017-2018
Se realizará a lo largo del curso el informe de resultados para presentarlo en las aulas a final del curso
Para el curso siguiente se planificara la intervención en el aula

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención violencia genero
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1636 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACLETA LORENTE ROSA MARIA. TCAE. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· CASAMAYOR SANTOS MERCEDES. TCAE. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· GALDEANO BIEL ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· COBOS MANCHON DAVID. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ FORTUN TOMAS HIGINIO. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· PUY ROC SARA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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. Si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_1636 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS SUR

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SANCHEZ NURIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RUBIO REMIRO OLGA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO ASENSIO LOURDES. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. 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,
-parches de lidocaína
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 propuestos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1662 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO PARICIO CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BORRAJO GONZALEZ BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAMARCA PEREZ PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CALLE POLO JOAQUIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SERRANO RODRIGUEZ MACARENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA EN DELICIAS-SUR

2. RESPONSABLE ..... BELEN VAL LECHUZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORLI LATORRE DIEGO. EIR MATRONA. CS DELICIAS SUR. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Asociacion Española de Pediatria (AEP) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

En nuestro medio se ha observado un incremento de lactancias artificiales y una demanda de asesoramiento y apoyo/acompañamiento en el inicio y continuación de la lactancia materna como herramienta no solo de alimentar al bebe, sino tambien de los beneficios que produce tanto para el bebe/niño como para la mujer y sus familias.

Ademas de todo esto surge la necesidad de las familias de compaginar la lactancia con una crianza saludable y respetuosa

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Asesoramiento y fomento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con alimentos hasta mas de los dos años segun OMS y Asociacion Española de Pediatria.

-Fomento de crianza respetuosa.

- Implementacion de habitos saludables en bebes, niños y familias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizan charlas para grupos abiertos presenciales. Todos los martes a las 12 de septiembre a julio en las que se ofertan acciones formativas y actividades tanto a poblacion adscrita al propio centro como a todas aquellas familias que tengan la necesidad de acudir dentro del Servicio Aragones de Salud

-Fisiologia de la lactancia materna en las diferentes etapas.
-Conocimiento de la extraccion manual de leche/conservacion/almacenamiento.
-Amamantamiento y trabajo.
-Alimentacion complementaria a partir de los 6 meses
-Masaje infantil,
-Desarrollo psicomotriz (2 sesiones) apoyado por fisioterapeuta infantil de fuera del centro.
-Prevencion de accidentes .
-Primeros auxilios (apoyado por pediatra del centro)/ 2 veces /año
-Incidencia de musica clasica en bebes (apoyado por musicoterapeutas
- Sexualidad y Maternidad.
- Suelo Pelvico Postparto.
-Dudas de padres, aportaciones
La charlas se iran ampliando o cambiando segun necesidad del grupo
El grupo lo integran aproximadamente 400 familias de Zaragoza y la red de conexion es a traves de crianzadeliciasur@googlegroups.

Material necesario: colchonetas, ordenador, cañon

Proyecto: 2016_1399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA EN DELICIAS-SUR

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Aumento del nivel de tasas de lactancia materna.

-Aumento del nivel de satisfaccion de las familias

-Disminucion de las visitas en consultas de pediatra.

-Disminucion de la frecuentacion de visitas a Urgencias.

-Disminuacion del gasto farmaceutico (eficiencia) por consumo de leches hidrolizadas y tratamientos por procesos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones todos los martes a las 12h en el centro de salud Delicias-sur.

De septiembre a julio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1385 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION CON LA COMUNIDAD Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE MATRONAS EN LA ZONA BASICA DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017

2. RESPONSABLE ..... IMMACULADA TENA DOMINGO
· Profesión ..... MATRONA
· 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.
· RUBIO PICO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CAMPOS NOGUE PILAR. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA PEREZ ANA. MATRONA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO CASTELLO CONSUELO. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestion del centro de salud de ejea de los caballeros. Actualmente desde el servicio de matronas del centro de salud se esta realizando un trabajo grupal entre ayuntamiento de ejea de los caballeros (atraves del grupo de igualdad) y el espacio “con mi bebe en brazos” que demandan unos talleres-charlas sobre diferentes temas como la planificación familiar, etc..
A su vez el servicio lleva a cabo un taller sobre crianza y puesta en marcha de resultados de citologias por carta a mujeres comprendidas entre 25-65 años.
Todo esto se emmarca en las lineas estrategicas de promoción de actividades comunitarias, se pretende comenzar de una manera mas oficial, ya que se estan realizando estas tareas (sin unos objetivos definidos en estos momentos).DE Manera que el proyecto de mejora va a contribuir a organizar el servicio y mejorar la comunicación con la comunidad de la zona basica de salud de ejea de los caballeros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poblacion diana para el grupo de crianza: madres y sus bebes entre tres dias y dos años de edad.
-Poblacion diana para el grupo de prevención de cancer del cuello de utero:mujeres entre 25 y 65 años.
-Poblacion diana para taller de planificacion u otros: mujeres en edad fértil
Los objetivos que se esperan conseguir:

-Mejora la eficiencia del sistema facilitando a la mujeres los resultados de citologias normales a través del correo
-Mejorar la interrelación con la población creando un plan de comunicación activa con el ayuntamiento de Ejea de los Caballeros y servicio de igualdad a traves del “Espacio con mi bebe en brazos”.
-Mejorar los conocimientos y habilidades de las mujeres de la zona basica de salud de Ejea de los Caballeros a traves de actividades de promocion y educación para la salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 Programar reuniones de preparación de actividades y definir el grupo de personas implicadas.
2.Comunicación al equipo del proyecto, que a su vez lo comunicara al Consejo de salud en la próxima reunión.
3.Envio de resultados de citologias normales por correo una vez por semana.
4.Reuniones con Ayuntamiento y grupo “Espacio con mi bebe en brazos “ al menos una vez al año.
5.Realización de talleres con el grupo de crianza una vez por semana, de 12,30 a 13,30, salvo periodo vacacional.
6.Realización del taller de planificación familiar con “Espacio con mi bebe en brazos al menos una vez al año.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº de reuniones de organización realizadas
-nº de participantes de cada reunión
nº de talleres charlas realizadas/número de reuniones previstas;
-nº de participantes
Evaluación de satisfacción de las asistentes a través de una encuesta realizada al final del ciclo.
Recepción de nuevos temas a tratar a través de la encuesta anteriormente citada.
% de citologias normales enviadas por carta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2017
-Comunicación del proyecto al equipo de salud., responsable consuelo blasco
-Reuniones organizativas para poner en marcha el proyecto, responsable imma tena, consuelo blasco
-Contacto con ayuntamiento y “espacio con mi bebe en brazos” (via telefonica o presencial); responsable Imma tena
-Realización del taller de planificación en el espacio cedido por el ayuntamiento. Imma Tena,Pilar Campos, Pepa Rubio, Ana Sobreviela

-mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre,noviembre y diciembre
Envio de resultados de citologias por correo responsables Imma Tena y Ana Sobreviela.
Taller de crianza una vez por semana durante todo el año. asi como algun otro taller si se considera oportuno;
.responsables Imma Tena, Ana Sobreviela, Pepa Rubio, Pilar Campos

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1385 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION CON LA COMUNIDAD Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE MATRONAS EN LA ZONA BASICA DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S.DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

2. RESPONSABLE ..... CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/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.
· CASTILLO SERRANO ISABEL. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· SAN JUAN CORTES MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO PICO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ERICE LOPEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAREZ MARCO CARLOS. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE REY PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· REMON JOSE ANTONIO. CONCEJAL. AYUNTAMIENTO DE EJEA DE LOS CABALLEROS. CULTURA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS LLEVA MAS DE 5 AÑOS SIN CONVOCAR EL CONSEJO DE SALUD Y COMO CONSECUENCIA UNA DISMINUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD EN LA Z.B.S. LAS CAUSAS HAN SIDO MUY VARIADAS ENTRE LAS QUE DESTACAN EL CAMBIO DE PROFESIONALES, FALTA DE TIEMPO, MOTIVACIÓN E INFORMACIÓN.
ACTUALMENTE EN EL ACUERDO DE GESTION CLINICA 2017 NOS HAN PROPUESTO INSTAURAR EL CONSEJO DE SALUD EN Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS DENTRO DE LOS PROYECTOS Y OBJETIVOS DE LA UNIDAD.SEGUN ESTE
LOS CONSEJOS DE SALUD SON ORGANOS DE PARTICIPACIÓN FORMALES DONDE LOS CIUDADANOS PUEDEN EJERCER EL DERECHO A PARTICIPAR SIGNIFICANDO UNA EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE QUE LAS PERSONAS, TANTO INDIVIDUAL COMO COLECTIVAMENTE, DEBEN TENER UNA MAYOR AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS ASUNTOS PÚBLICOS Y EN LOS ASPECTOS QUE AFECTAN A SU SALUD.
EN ARAGON ES EL ORGANO DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA ZONA, ES UN ÓRGANO CERCANO Y PRÓXIMO A LOS CIUDA DANOS DONDE SE TRATAN CUESTIONES DE SALUD INDIVIDUAL Y COMUNITARIAS.
SUS FUNCIONES Y COMPOSICIÓN ESTÁN DEFINIDAS EN EL DECRETO LEGISLATIVO 2/2004 DE 30 DE DICIEMBRE, DEL GOBIERNO DE ARAGON, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1 .-REACTIVAR ELCONSEJO DE SALUD EN LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS.
2.-REVISION DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE REGIMEN INTERNO.
3.-PROMOVER LA PARTICIPACIÓN CON LA COMUNIDAD ATRAVÉS DEL CONSEJO DE SALUD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES

VAMOS A SEGUIR CRITERIOS NORMATIVOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA “CAJA DE HERRAMIENTAS” DE LA PAGINA SALUD INFORMA, DONDE ENCONTRAREMOS LOS DOCUMENTOS PARA LA CONVOCATORIA, MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO Y MEJORAR LA PARTICIPACION CIUDADANA CON LA COMPOSICIÓN DEL CONSEJO.

ENTRE ELLAS: AL MENOS TRES REUNIONES:
-REUNION CON EL CONCEJAL DEL AYUNTAMIENTO DE EJEA, PARA LA REACTIVACIÓN DEL CONSEJO.
-REUNIÓN CON LA PRESIDENTA DEL CONSEJO
- REUNION PARA FIJAR LA PRIMERA CONVOCATORIA Y MANDAR LA CARTA DE CONVOCATORIA.
ADEMAS:
- 1ªREUNION DE ACTIVACIÓN DEL DEL CONSEJO DE SALUD. - 2ª REUNION DEL CONSEJO DE SALUD PARA LA APROBACION DEL REGLAMENTO INTERN0 Y RENOVACIÓN DE CARGOS

-APROBACION DE ACTAS Y ENVIO DE ESTAS A DIRECCION.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO...SI/NO
-% DE REUNIONES REALIZADAS . OBJETIVO MINIMO TRES
-% DE ACTAS REALIZADAS Y ENVIADAS A DIRECCIÓN.OBJETIVO MINIMO DOS.
-% DE PERSONAS QUE ACUDEN A LA CITACION DEL CONSEJO DE SALUD.OBJETIVO MINIMO EL 60% DE LOS CONVOCADOS.

FUENTE DE DATOS. ACTAS DE LAS REUNIONES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACION Y CALENDARIOS PREVISTOS FECHA DE INICIO MARZO 2017Y FECHA DE FINALIIZACIÓN DICIEMBRE DE 2017

-CONTACTAR CON EL AYUNTAMIENTO DE EJEA DE LOS CABALLEROS Y RESTO DE COMPONENTES DEL CONSEJO DE SALUD..MES DE JUNIO Y JULIO.RESPONSABLE: JOSE ANTONIO ERICE.CONSUELO BLASCO Y JOSE ANTONIO REMON
-REUNION PARA CREAR EL DOCUMENTO DE ACOGIDA CON EL ORDEN DEL DÍA PARA LA PRIMERA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD. MES DE JULIO Y SEPTIEMBRE RESPONSABLE CARLOS AZNAREZ,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO

Proyecto: 2016_1547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S.DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

-CONVOCATORIA DE LA PRIMERA REUNION DE REACTIVACIÓN DEL CONSEJO . MES DE SEPTIEMBRE RESPONSABLE.CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO
-SEGUNDA REUNION DEL CONSEJO . MES DE NOVIEMBRE .RESPONSABLE :CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO.
-ENVIO DE ACTAS A LOS 15 DIAS DE LA REUNION DEL CONSEJO.RESPONSABLE. CARLOS AZNAREZ,JOSE ANTONIO ERICE
-NOVIEMBRE EVALUACION DE LOS INDICADORES: CARLOS AZNAREZ, JOSE ANTONIO ERICE, PATRICIA CLEMENTE
- -REALIZAR Y ENVIAR LA MEMORIA.MES DICIEMBRE 2017.:CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO, JOSE ANTONIO ERICE
PATRICIA CLEMENTE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EJEA DE LOS CABALLEROS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· 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.
· CASTILLO SERRANO ISABEL. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BLASCO CASTELLO CONSUELO. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CLEMENTE REY PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MUNARRIZ ASENSIO ANA CARMEN. TCAE. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA EZQUERRA KATHARINA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GASCON DEL PRIM ELENA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Es fundamental que en el botiquín del centro de salud, en la sala de urgencias y en el maletín de urgencias estén siempre disponibles los medicamentos y el material sanitario que se puedan precisar para la atención ordinaria y urgente, y que se revisen periódicamente las caducidades de los medicamentos y el buen estado del material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es necesaria porque conlleva mejores resultados en la salud de los pacientes, disminuye los riesgos y garantiza la eficiencia en el empleo de los recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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 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 EAP. 3. Gestión de maletines y de sala de urgencias: Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente. 4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en la salud de los pacientes, disminuir los riesgos y garantizar la eficiencia en el empleo de los recursos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Gestión de medicamentos del botiquín: Responsables: Katharina, Elena y Ana Carmen. Análisis de la situación respecto al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E. Realización de las actividades de adaptación a dicho procedimiento. Sesión de presentación del procedimiento y de la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas. 2. Gestión de material sanitario del botiquín: Responsable: Ana Carmen. Análisis de la situación respecto al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E. Realización de las actividades de adaptación a dicho procedimiento. Sesión de presentación del procedimiento y de la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas.
3. Gestión de maletines y de sala de urgencias: Responsables: Isabel, Patricia y Estefanía. Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las Urgencias elaborado por la Dirección del Sector Zaragoza 3. Sesión de presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas.
4. Adecuación de la prescripción de medicamentos: Responsables: Katharina, Elena y Pilar. Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el Acuerdo de Gestión 2017. Revisar los pacientes que reciben tratamiento crónico con dichos medicamentos. Sesión de formación a los miembros del EAP. Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el Sº de Farmacia. Registro de las actividades realizadas. 5. Adecuación de la utilización de tiras de glucemia: Responsable: Consuelo. Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013. Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el número de tiras según la instrucción. Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto. Registro en OMI-AP. Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras. Registro de las actividades realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, sala de urgencias y maletín de urgencias: Listado de medicamentos y material sanitario revisado y adecuado a las necesidades del equipo. Están definidos el stock recomendado y el stock mínimo. Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E. Cumplimentación del informe de revisión de botiquines.
Adecuación de la prescripción de medicamentos: 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 o con parches de lidocaína. Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia: Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP. % pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica sobre conocimientos en diabetes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: Presentación del acuerdo de gestión al EAP. Definición de los responsables de cada área.Análisis de la situación del botiquín y sala y maletín de urgencias y de la adecuación de la prescripción. Junio-Octubre: Realización y registro de las actividades del punto 6. Noviembre-Diciembre: Evaluación de las actividades realizadas mediante los indicadores del punto 7.

Proyecto: 2016_1622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EJEA DE LOS CABALLEROS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1688 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... CARLOS AZNAREZ MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· 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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1420 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

2. RESPONSABLE ..... JESUS SANZA PILAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA CERVERO ETHEL. PEDIATRA. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· VILLAROYA VILLAGRASA RICARDO. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· BELOPE HENAR ESPERANZA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR PEREZ MARIA INMACULADA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· ROYO CHOPO YOLANDA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ IGUAZ SUSANA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Aprovechando la dotación a la población de Épila, de 4 nuevos DESAs (desfibriladores externos semiautomáticos) en 4 puntos clave (Polideportivo-Piscinas, Instituto, Ayuntamiento y Centro de Salud), Y de los tres existentes en La Muela, se van a realizar cursos para poder efectuar una primera atención de la parada cardíaca hasta la llegada de los Servicios de Emergencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende conseguir aumentar las tasas de supervivencia en los pacientes con muerte súbita cardíaca, consiguiendo un acceso rápido a la desfibrilación precoz, así como concienciar a la población de la importancia de ésta.
El proyecto está dirigido a los trabajadores de los Ayuntamientos, Polideportivos e Institutos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Plan de comunicación: Se realizará una primera reunión informativa a través del Consejo de Salud y reuniones sucesivas con los componentes del proyecto en el centro de Salud.
Actividades de formación: Se realizarán varios cursos con una parte
teórica y otra práctica con maniquíes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se van a realizar varios cursos con carácter semestral. Se realizará a los asistentes una encuesta de evaluación antes y después de impartir los cursos, así como una evaluación de la parte práctica con casos clínicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración prevista: Desde septiembre de 2017 hasta septiembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

2. RESPONSABLE ..... ETHEL GRACIA CERVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANZA PILAS JESUS. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· IZQUIERDO RIOS CRISTINA. PEDIATRA. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SERRABLO REQUEJO SERGIO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· BAILO GAY ANA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· GALAN BURILLO NURIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BRAVO ANDRES RAQUEL. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Cuando detectamos una OVACE tenemos que actuar rápidamente, ya que se trata de una emergencia que amenaza la vida del paciente y puede producir una parada cardíaca en pocos segundos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es que los profesionales que tienen contacto con lactantes y niños pequeños, así como las madres y padres de éstos, adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para actuar en caso de una OVACE.
La población diana a la que va dirigido son los trabajadores de las escuelas de educación infantil y padres de niños y lactantes de Épila y de La Muela.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán varios cursos teóricos y prácticos, con carácter semestral.
Se establecerá contacto telefónico con las escuelas de educación infantil para concretar fechas y horarios de dichos cursos. Previamente se realizarán varias reuniones de equipo para preparar los recursos audiovisuales y el material necesario para impartirlos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizarán encuestas de evaluación antes y después de los cursos, así como encuestas de satisfacción al finalizarlos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los cursos tendrán una duración de 2 horas, y serán de carácter semestral.
Duración: De septiembre de 2017 a septiembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1682 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EPILA

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SERRABLO REQUEJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZA PILAS JESUS. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-adecuación del uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con estatinas y medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en pacientes mayores de 75 años
Adecuar la utilización de apósitos al catálogo del almacén del HCU
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en Pediatría.
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 propuestos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1685 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SANCHEZ NUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARNICERO NOGUERAS MARIA AURORA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1685 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1691 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... JESUS SANZA PILAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISIÓN DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

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.
· ICART GOMEZ JOAQUIN. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LORENZO RAMIREZ DACIL. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MAYNAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BARREDO ALLOZA ARSENIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CUARTERO ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· ESPINACH LOSADA ALICIA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
_ Se detecta el problema cuando, nos llega el ultimo corte a fecha junio de 2016. Y en el que hay una diferencia importante en comparación con el año pasado.
-La situación actual es que ha habido una disminución de pacientes polimedicados revisados.
-Como posibles causas esta el que la revisión debe de ser anual. diferenciación de la labor de enfermeria y de medicina.
- La importancia es adecuar la medicación a la patología en pacientes polimedicados mayores de 75 años.
- Disminución de efectos secundarios de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumento del porcentaje de pacientes polimedicados revisados.
- Disminución de efectos secundarios de tratamientos inadecuados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión de información para todos los profesionales determinando cual es la labor de enfermeria y cual la de los facultativos sobre desde el mismo programa en OMI.
- Asegurarnos de que todos los profesionales tienen el listado de todos sus mayores de 75 años con más de 5 fármacos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados mayores de 75 años a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por enfermeria, dentro del plan personal de revisión estructurada de medicación.

-Porcentaje de pacientes polimedicados mayores de 75 a los que se ha efectuado la revisión clínica de la medicación por medicina

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Septiembre de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016.
- Reunión ya realizada para proponer el programa de mejora.
- 26 de septiembre reunión sobre OMI. para todos los profesionales para aclarar dudas.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la calidad de vida de los pacientes

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pluripatológicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1661 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... PILAR CARCAS ESCALERA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDIVIL NAVARRO ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GALLUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BERNAL GARCIA ALICIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO VALENTI PILAR. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CUARTERO ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

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.
· BARREDO ALLOZA ARSENIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· ISASA CHUECA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ALICIA ESPINACH LOSADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CUARTERO ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· CHICOTE ABADIA MARIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MAYNAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LORENZO RAMIREZ DACIL. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LASHERAS GARCIA JULIA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIABETES Y COLEGIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA BEGOÑA CHICOTE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Ante el debut diabético de una niña que habita en Gallur y acude a CEIP Maria Dominguez de esta localidad, surge demanda por parte de dirección y profesores del colegio para conocer algo más de la enfermedad y los cuidados/atención que se debería de prestar a esta niña.
La demanda me la hace llegar de forma expresa la directora del colegio en mi consulta. La directora me conoce por ser yo la enfermera que atiende a sus hijas y al resto de niños del pueblo en pediatría y por haber colaborado con el colegio en determinadas ocasiones (semana cultural, profesiones, alimentación sana….) a las que se me invitó a participar como enfermera.

Al estudiar la petición de la directora me doy cuenta que la que es una demanda individual la puedo transformar en un proyecto de actuación para la comunidad, si además del colectivo de profesores incluyo a todos los chavales/compañeros de la niña diabética.
Comentando con la directora parece que la idea puede ser bien aceptada por los docentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PRINCIPAL:
- ACERCAR LA ENFERMERIA AL COLEGIO
- QUE LA DIABETES NO SEA UNA DESCONOCIDA

SECUNDARIOS:
- DEFINIR CON PALABRAS ADECUADAS A LA EDAD DE LOS -NIÑOS LA DIABETES
- RECONOCER SIGNOS // SINTOMAS DE -
- HIPO-HIPERGLUCEMIA
- COMO SE HACEN AUTOCONTROLES GLUCEMICOS
Perder el miedo a los pinchazos
Conocer y reconocer aparatos de autocontrol // nuevas tecnologías
- CONOCER PLUMAS DE INSULINA
- CONOCER GLUCAGON.
- HACER VER COMO UNA NIÑA ;de su misma edad; ES AUTONOMA EN CONTROL DE SU ENFERMEDAD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A partir del visionado de CD de dibujos animados de Fundación para diabetes en colaboración con sociedad españolad de endocrinología pediátrica “CAROL TIENE DIABETES”, acercar a los niños la vida de una niña diabética, su relación en el cole con compañeros y profesores.
- Vemos el vídeo de tirón (8 minutos)
- Con preguntas dirigidas se hace ver a los niños los aspectos mas importantes que queremos remarcar del CD.
- Vamos parando el CD en momentos determinados:
- Carol se hace un autocontrol ------ enseñamos a los niños el material de autocontrol
- Carol se inyecta insulina ------- enseñamos a los niños una pluma de insulina
- Carol sufre una hipoglucemia ------enseñamos a los niños glucagón // comentamos hipoglucemia.
Etc
A lo largo de las diferentes paradas del CD será necesario reconducir a los chavales para ir consiguiendo los objetivos perseguidos.
Tener siempre presente que pueden aparecer dudas, preguntas, comentarios de los chavales que debemos de tener siempre en cuenta, RESPETAR SIEMPRE LAS RETROALIMENTACIONES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al finalizar la sesión los chavales serán capaces de:
- definir términos clave: glucemia, hipo-hiperglucemia, insulina, glucagon…
- reconocer material que deberá llevar siempre encima una persona con diabetes: se les enseñará instrumental médico: pinzas, fonen, intercalándolo con medidores de glucemia, plumas de insulina…..para que hagan grupos de si y no.
- Decir números al azar y saber si están dentro de parámetros “normales” de glucemia.
- Redactar en los días siguientes “contrato” junto con su profesor para celebrar los cumpleaños de una forma más sana:
Como en el colegio existe la costumbre de llevar alguna golosina para repartir el día de cumpleaños, nos comprometemos que a partir de ahora nos pondremos de acuerdo entre todos para que al que le apetezca celebrar su cumple lleve:
Una bolsa pequeña de ganchitos
Un chicle sin azúcar
Unas pinturas o algún otro pequeño detalle
Nada

Proyecto: 2016_1419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIABETES Y COLEGIO

Además de ayudar al compañero con diabetes tiene otras muchas ventajas:
Evitar competir por ver quien lleva más
Comer más sano……..

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- REUNIONES CON DIRECCION Y EQUIPO DOCENTE DEL COLEGIO: EN 2º SEMANA DE MARZO donde se enseñará a los profesores responsables el proyecto
- CONTACTOS TELEFONICOS PARA CONCRETAR DETALLES
- "CLASE" CON LOS CHAVALES 22//03/2017 COINCIDIENDO CON SEMANA CULTURAL DEL COLEGIO.

9. OBSERVACIONES.
Todo el proyecto parte del visionado de un CD por eso es muy importante que el día en que se va a llevar a cabo la "clase" con los chavales nos aseguremos que todo el tema informático (cañón, cables….) esté probado y seguros de que funciona. No obstante yo llevo mi ordenador personal que en un caso extremo me "salvaría" la sesión, ya que en él puedo visionar el CD.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MANUELA POLO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIGA ZARAZAGA NADIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GORDO BLANCO MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LAFUENTE HIJAR LORENZO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a que en ocasiones se encuentran en la sala de urgencias aparatos sin pilas, sin baterias, en mal estado hemos visto la necesidad de mejorar sala.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el estado de los aparatos para que en el momento de ser utilizados esten en buenas condiciones para ser utilizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunion de profesionales de A.C.para :
crear un listado de los distintos aparatos a revisar
ECG sala y pórtatil
desfibrilador
otoscopio/oftalmoscopio
laringoscopio
lupa
bala de oxigeno y caudalimetro
autoclave
aspirador
glucómetro urgecias
tensiómetro.
Creacion de hojas de registro en las que se recoja fecha de revisión y personal que lo ha realizado.
Creacion de hojas de incidencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valor a alcanzar 100%
Valor inferior 80%
Valor superior 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual : Iniciacion Julio 2017

9. OBSERVACIONES.
Intentar contar con el apoyo de revisiones de mantenimiento/electromedicina para calibraracion de aparatos,reparaciones...

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1357 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BELLOSO ABAD
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GORGOJO ITOIZ PUY. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro entorno actual la salubridad y esterilidad parcial de los objetos es algo asumido, pero debemos seguir enfatizando en que la higiene personal es la base sobre la cual se puede construir una vida saludable. Los niños de hoy en día tienen inculcados desde su nacimiento, y de forma progresiva, muchos hábitos saludables e higiénicos que van incorporando a su día a día. No obstante, en muchas ocasiones no son conscientes de la importancia que estos procesos pueden tener para su salud actual y futura y por eso es importante seguir recalcándoles la importancia de éstos. La consecución de estos hábitos saludables servirán como profilaxis de enfermedades y afecciones futuras, y si se logra inculcar estas máximas desde la infancia los pacientes las realizarán en el futuro como parte inconsciente de su día a día y lo asumirán como la normalidad, potenciando así una correcta adherencia y adhesión a los procedimientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mediante la realización de este proyecto se quiere enfatizar en la importancia de una buena técnica en el lavado de manos y de una correcta higiene dental en los niños, para conseguir así que los hábitos correctos se perpetúen desde una temprana edad y quede marcado como una impronta en sus vidas futuras.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se debe enseñar a los niños hábitos correctos de higiene dental y como prevenir la caries dental. Se le debe animar a reducir el número de veces que consumen alimentos y bebidas que contienen azúcar y, si es posible, a ingerirlas durante las comidas. También se debería potenciar el cepillado con regularidad de un dentífrico que contenga flúor. Además se deberá insistir en la importancia de un correcto lavado de manos como prevención de enfermedades infecciosas transmisibles por vía feco-oral u otras vías en las que pudiera estar involucrada la contaminación mano-boca.
Para ello se realizarán talleres demostrativos en los que se concienciará verbalmente con explicaciones y de forma práctica, mediante ejemplificaciones, en como llevar a cabo estos procedimientos. Posteriormente se pedirá a los asistentes que realicen los procedimientos por si mismos para poder analizar el aprendizaje realizado y si su metodología es la correcta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a analizar en esta ocasión serán a largo plazo, puesto que las acciones son profilácticas, y por tanto no se dispondrá de los resultados de forma inmediata. Los 2 indicadores más importantes a tener en cuenta será la disminución de enfermedades infecciosas gastrointestinales y la disminución de aparición de caries, pero ambas solo podrán ser evaluadas de forma longitudinal varios años después de la realización de los talleres.
Como indicadores indirectos se valorará la mejora de las técnicas enseñadas mediante la evaluación en la consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre-Marzo: Inicio y realización de los distintos talleres, tanto de instrucción como de comprobación de mejoría en las técnicas evaluadas.

Marzo-Abril: Recogida y análisis de datos y exposición de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

2. RESPONSABLE ..... PUY GORGOJO ITOIZ
· 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.
· ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proyecto actual se centra en el análisis y explicación de la técnica de realización de inhaladores en pacientes con patologías respiratorias. La causa más relevante de un mal control en la patología respiratoria es la adherencia y mala realización de la técnica inhalatoria. Para poder salvar esta situación es necesaria la correcta educación de los pacientes en este ámbito. Para ello es necesario poder repasar la técnica de realización de estos dispositivos, analizar los errores al realizarla y llevar a cabo una correcta educación de los pacientes a este respecto.
Los pacientes que no realizan correctamente el uso de los dispositivos, a efectos prácticos, no están reciebiendo el fármaco, o, en el mejor de los casos, la dosis efectiva de éste que llega a la diana terapéutica es muy inferior a la necesaria. Por tanto la inhalación defectuosa del medicamente hace que el tratamiento pautado sea estéril.
Es necesario, por tanto, la implementación de un proyecto que asegure la correcta realización de la técnica, para estar seguros de que el paciente recibe la dosis adecuada y no permanece infratratado durante todo el proceso. La pauta de estas medicaciones sin su correcta utilización es como si no se hubieran pautado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo que se pretende alcanzar con este proyecto es el de optimizar el tratamiento de las patologías respiratorias. En la medicación inhalatoria, utilizada en estos cuadros, es esencial realizar una buena técnica, puesto que sino los pacientes no recibirán una dosis correcta en la diana terapéutica y por tanto no será efectiva. Si no se consigue hacer llegar el fármaco en la cantidad necesaria a su punto de acción el tratamiento será completamente, o parcialmente, inefectivo, por lo que no se podrá alcanzar un control adecuado del cuadro. Con la confirmación de una buena técnica inhalatoria se consigue un mayor porcentaje de pacientes controlados, y además en caso de no obtener un buen control del cuadro se podrá pensar en la necesidad de otra dosis o fármaco, pudiendo descartar que el mal control sea secundario a la adherencia y adhesión al tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la realización de este proyecto se van a llevar una sesión para adultos y otra para niño, pero debido a la estructura y distribución del área de salud bajo la influencia del Centro de Salud de Herrera de los Navarros es necesaria la realización de varias acciones distribuidas en las diferentes poblaciones, para cumplir así con el principio de equidad y poder hacer llegar el programa a todos los miembros de la comunidad. Las características de la zona y su población hacen que si no la mayor parte de los pacientes no pudieran tener acceso a ellas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para poder evaluar la eficacia de este programa se evaluarán diferentes indicadores que valoren la utilidad de éste. El primer, y más importante, ítem que se deberá tener en cuenta es que tras haber realizado una primera instrucción los pacientes no realicen los errores cometidos antes de la acción, y para ello se les indicará que realicen la técnica como en su domicilio para analizarla, poder conseguir cualquier nuevo fallo aparecido y constatar que ha implementado las correcciones y técnicas enseñadas en la primera visita.
Como parámetros secundarios al objetivo primario se observará si el paciente refiere un mejor control de su patología, describe mejoría en la autopercepción de síntomas y si ha mejorado su calidad de vida, especialmente rebajándose la disnea que presenta en su vida diaria. Todos estos parámetros muestran un mejora control de las patologías pulmonares, y por tanto reflejan que la mejoría en la técnica tiene un reflejo en la optimización del tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre-Marzo: Se realizará la instrucción de los pacientes en las técnicas a realizar y se comprobará la correcta utilización de los dispositivos por parte de los pacientes.
Posteriormente en las visitas de seguimiento los pacientes deberán realizar la técnica tal y como lo hacen en su vida diaria, y ahí se comprobará si se realiza de forma óptima o se siguen requiriendo correcciones, que se llevarían a cabo en ese momento. También se realizará una entrevista clínica para comprobar si estas mejoras en la técnica han reportado mejoría al estado del paciente.

Abril-Mayo: Se recogerán, analizarán y expondrán los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

En todas las reuniones que se lleven a cabo los pacientes deberán escenificar como realizan la técnica. En la primera con el objetivo de asegurar la correcta comprensión de la técnica explicada y en las demás para poder analizar si la utilización del dispositivo que el paciente realiza, de forma diaria, es la adecuada. Así todos los presentes podrán beneficiarse con la escenificación, de los errores y las correcciones sugeridas a todos los componentes de la sesión.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y NUTRICION PARA LA PREVENCION DE LA SALUD

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALCAINE ALEGRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GORGOJO ITOIZ PUY. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proyecto actual se centra en intentar que los niños sean capaces de valorar cómo la alimentación y los hábitos de vida saludable,son el factor extrínseco más importante que determina el crecimiento y desarrollo del individuo durante la infancia.
Niños y adolescentes son un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional pero también especialmente receptivo a cualquier modificación y educación nutricional y de adquisición de hábitos saludables.
Observamos, desde nuestras consultas, como va aumentando el sobrepeso en los niños y cómo están cambiando,tanto los patrones alimentarios como el aumento de la inactividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Cada vez nos damos cuenta que acuden a nuestras consultas niños con sobrepeso, por lo que con este proyecto, en el que vamos a interactuar sanitarios, docentes,padres y por supuesto los propios niños,pretendemos que seamos capaces de dar la debida importancia a la malnutrición (por exceso o por defecto) y a los hábitos de vida saludables, y que nos quedemos con la idea de las importantes repercusiones que puede tener en el desarrollo y el estado de salud a corto y largo plazo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la realización de este proyecto vamos a realizar una serie de talleres en las aulas de la propia escuela,en las que proyectaremos algún video sobre hábitos de vida saludables
Charlas iniciales para dar a conocer qué debe contener una dieta variada
Dispondremos de una serie de alimentos representativos de cada grupo y cada participante comenzará por hacer una hipotética compra en la que tendrá que explicar al resto por qué ha elegido ese alimento y no otro,enseñándoles la importancia que tiene la composición de los mismos y cómo debemos fijarnos en ella antes de adquirirlos
Talleres de cocina para dar importancia a la forma de cocinar los alimentos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Uno de los indicadores más importante sería la disminución del sobrepeso en la población infantil de nuestro centro de salud.
Un indicador indirecto de la efectividad del proyecto sería la comprobación, mediante una consulta oportunista, de si el paciente adquiere un modo de vida más saludable, con actividades que mantengan unas costumbres higiénico-dietécticas correctas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre-diciembre:Se comenzarán con las actividades descritas.
En un principio constará de varios talleres, los responsables de los mismos serán los sanitarios y los profesores.
Posteriormente podrían intervenir padres.

Enero-Febrero: Finalización del proyecto y presentación de resultados.

9. OBSERVACIONES.
En el colegio de Herrera de los Navarros no hay comedor escolar, por lo que los niños acuden a comer a su domicilio y será necesaria, por tanto, la colaboración y participación de los padres y entorno familiar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1360 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP/PRIMEROS AUXILIOS

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ESTEBAN MARTINEZ
· 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.
· GORGOJO ITOIZ PUY. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Herrera de los Navarros es un centro de salud con una dispersión geográfica importante, por lo que es de vital importancia que los habitantes de su zona de influencia tengan nociones de primeros auxilios y RCP, para poder analizar y actuar frente a una situación que pudiera suceder hasta que el equipo médico pueda llegar al lugar. Debido a esto se valoró en el último consejo de salud le necesidad de realizar unos talleres en distintos puntos del área para instruir a los habitantes a este respecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Instruir al mayor número posible de habitantes del área de influencia en RCP y primeros auxilios para poder responder a una situación de urgencia. Los sucesos más relevantes a tener en cuenta en la zona y que podrían ser atendidos en una primera instancia por personal no sanitario serían atragantamientos y ahogamientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se impartirán clases teóricas y prácticas por el personal sanitario, para que posteriormente los asistentes puedan desarrollar los conocimientos adquiridos. En todo momento bajo la supervisión del personal instructor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Que los asistentes realicen las maniobras aprendidas de forma adecuada al finalizar el taller.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero- Junio: Realización de los talleres.

9. OBSERVACIONES.
Los talleres se realizarán en distintos puntos del centro de salud, debido a su gran dispersión, para que sea accesible al mayor número de personas posible.
Se están valorando las diferentes opciones y vías para la posible obtención del muñeco de prácticas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1529 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRABAJAR EL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRRERA DE LOS NAVARROS

2. RESPONSABLE ..... PUY GORGOJO ITOIZ
· 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.
· ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a la falta de recogida de datos en pacientes diabéticos en el C.S Herrera de los Navarros intentamos con enste proyecto reflejar las distintas actividades así como pruebas diagnósticas que venimos realizando en dichos pacientes para mejorar el cuadro de mando de diabetes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Intentar que cada uno de los pacientes diabéticos del centro de salud tengan recogido en su historia todos los parámetros y actividades realizadas en relación con su enfermedad para mejorar de esta manera el riesgo cardiovascular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
*Revisión de historias clínicas.
*Utilización del cuadro de mando de diabetes para valorar los puntos de mejora según necesidad de cada paciente.
*Realización de todas las actividades según protocolo de diabetes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
*Población diabética del C.S. con cuadro de diabetes mejorado / nº total de diabéticos en el centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre-mayo 2017-2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALCAINE ALEGRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GORGOJO ITOIZ PUY. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a que el año pasado era un proyecto de mejora que no se pudo llevar a cabo por falta de ECO-DOPPLER y siendo que la empresa este año nos lo ha proporcionado nos parece necesario tanto el control vascular asi como revisión general del pie diabético en todo paciente afecto de dicha patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar ECO-DOPPLER a todo paciente diabético con más de diez años de evolución de la misma.
Revisión del pie diabético a todo paciente diabético.
Ambas cosas para control, diagnóstico y tratamiento de cualquier alteración descubierta por estos procedimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de ECO-DOPPLER.
Realización de monofilamento.
Revisión del pie en general (pulsos, trofismos, uñas, reflejos...)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
*Valoración de todos los pacientes diabéticos de más de diez años de evolución a los que se les ha realizado eco-doppler/ total díabeticos del C.S. Herrera.
*Diabéticos con ITB alterado/ nº total de ITB realizados.
*Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/ total díabeticos del C.S. Herrera.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2017 - abril 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1694 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DUEÑAS AGULLO
· 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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1684 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BAYONESA BRUSEL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO VALERO ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DEZA ANDREU CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALONSO TOMAS FELIX. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DE REVISON Y MANTENIMIENTO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABENGOCHEA COTAINA BELEN. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LISON SILVESTRE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· FRAC LOSANTOS LAURA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· TIRADO AZNAR MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA DEITO PILAR. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La atención domiciliaria urgente en el domicilio del paciente o en la vía pública en un ámbito rural, como es el Centro de Salud de La Almunia, tiene unas especiales connotaciones si lo comparamos con el ámbito urbano en el que otros dispositivos asistenciales comparten la asistencia de estos pacientes en pocos minutos desde el momento de la demanda.
La calidad de la atención que el médico y la enfermera podrán ofrecer al paciente dependerá, sin duda, de sus habilidades clínicas, del tiempo de respuesta que sean capaces de dar desde que se presente la situación de urgencia y de que dispongan de un equipamiento clínico y terapéutico completo y manejable.
Un estudio reciente realizado en Baleares revisó los maletines de urgencias de los centros de salud y concluyó que ningún maletín llevaba todos los elementos recomendados por consenso y,de forma general, no existía un plan de revisión de mantenimiento que incluyera existencias y caducidades,
El EAP de La Almunia quiere en este proyecto revisar las recomendaciones más actuales de equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente y establecer un plan de mantenimiento y reposición tanto para La Almunia, como para los consultorios locales de la zona de salud (Almonacid, Alpartir, Ricla y Calatorao).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En la actualidad, tanto en el área de urgencias del centro de salud, como en cada uno de los consultorios locales existe un maletín de atención domiciliaria urgente, de características físicas diferentes y con un equipamiento clínico y terapéutico variable decidido por el personal sanitario de cada consultorio. No existe un procedimiento común de revisión y mantenimiento de estos maletines, generalmente se sigue la práctica de reposición tras la utilización.

El objetivo general es intentar mejorar la calidad de la atención domiciliaria urgente fuera del centro de salud de La Almunia y en todas las localidades de la zona de salud.
El Objetivo específico:
- Consensuar y homogeneizar, siguiendo las últimas recomendaciones, el equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente de La Almunia y de cada uno de los consultorios locales.
- Establecer un modelo de revisión periódica de los maletines con una plantilla de revisión en la que conste fecha, acciones e identificación del sanitario que ha llevado a cabo la revisión.
-Presentación y difusión de este consenso a todos los profesionales del EAP, incluyendo a médicos y enfermeras que realizan habitualmente sustituciones en el EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-El grupo de mejora que participa en este proyecto junto con el resto de miembros del Equipo que quieran incorporarse revisará la bibliografía existente y las recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas y Grupos de trabajo
2.- Actualizar el listado de equipamiento clínico y terapéutico del maletín de atención urgente domiciliaria.
3.- Elaborar plantilla de revisión del material de los maletines de urgencias que incluya: fecha de revisión, personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento.
5.- Presentar al EAP toda la información y establecer los turnos y procedimientos de revisión
4.- Crear hoja de registro de incidencias que periódicamente analizará el grupo de mejora y originará nuevas acciones correctoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia del documento de consenso elaborado por el grupo de trabajo que recoja el listado de equipamiento clínico y terapéutico del maletín de atención urgente domiciliaria antes del 31 de diciembre de 2016.

- Acta de la sesión en la que se presente el proyecto elaborado al EAP y el procedimiento de revisiones antes de esa misma fecha.

- Pilotaje del proyecto en desde el 1 de enero al 28 de febrero de 2017 para detectar posibles acciones correctoras a implementar antes de la aprobación definitiva.

Proyecto: 2016_0681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DE REVISON Y MANTENIMIENTO

- A partir de 1 de marzo de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:

Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de urgencias x 100/ nº total de revisiones programadas, en el centro de salud de La Almunia y en cada uno de los consultorios de la zona básica de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Ya reseñadas en el apartado de Evaluación y Seguimiento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología que requiere atención domiciliaria urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0757 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

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.
· MELUS GUTIERREZ ANGEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SANMARTIN PILAR. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO VALERO ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Detectamos un problema de trasmision de la informacion en el centro de salud. (centro de salud y 4 consultorios) La informacion llegaba a los profesionales por 3 vias : correo corporativo, correo interno y la que se colgaba en el tablon de anuncios.Se desarrollo un tablon virtual en 2015. En la actualidad, este instrumento sirve para informacion administrativa, guardias, vacaciones, protocolos..
Falta por desarrollar, urgencias y un dietario

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
desarrollar en el tablon virtual el area de urgencias (protocolos, tecnicas en atencion urgente, mantenimiento y funcionamiento de aparatos, revisiones de carro de paradas y mantenimiento de maletines) almacenados en formato electronico, facilmente accesible desde cualquier punto de la red local,e
iniciacion al desarrollo y mantenimiento de un dietario
ambos objetivos suponen directamente una mejora en nuestra actividad asistencial e indirectamente un paso adelante en la organizacion y funcionamiento del centro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
se ha creado un gupo de urgencias, y se va a desarrollar un programa de calidad que nos informara: que es lo basico y como se hacen las revisiones y mantenimiento de maletines y carro de paradas
La pediatra se necargara de urgencias habituales en pediatria seleccionar protocolos o tecnicas que interesen al equipo para la atencion urgente en pediatria
se buscaran los manuales de los diferentes aparatos de urgencias y su mantenimiento
se contactara con el grupo de informatica para la creacion de un dietario dentro del tablon

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de protocolos colgados en urgencias en diciembre y mayo
% de mantenimiento y funcionamiento de aparatos en diciembre y mayo
% de tecnicas en dicembre y mayo
% de revisiones de carro de paradas y maletines

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
octubre de 2016 a mayo de 2017
se iran colgando la informacion simultaneamente en cuanto la obtengamos y mantendremos al dia la informacion ya existente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. la poblacion diana , son los profesionales del centro de salud,
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION AL TEMPORERO EN EL E.A.P. DE LA ALMUNIA EN COLABORACION CON ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

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. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BUENO VALERO ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BLESA RAMIREZ MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA CEBRIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· AGANZO LOPEZ FRANCISCO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ZBS de La Almunia es una de las zonas con mayor poblacion inmigrante, 31.7% en La Almunia y 44.6 % en Ricla, con tarjeta sanitaria. Durante la temporada de recolección de frutas, de mayo a septiembre, acuden además unos 5000 temporeros estimados por la Comarca de Valdejalon. Las entidades sociales preparan la acogida desde hace años, pero hemos detectado que la presencia de los profesionales Sanitarios es escasa o nula en ese despliegue. Desde el Centro de Salud nos vemos obligados a tender a todos esos pacientes que acuden, preferentemente en horario de Atención Continuada, sin Tarjeta Sanitaria y sin estar dados de alta en nuestro sistema sanitario, todo ello entorpece la asistencia y genera un aumento importante de pobalción que no tiene Historia ni registro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es atender dignamente a esos pacientes, disponer de unas condiciones adecuadas también para los profesionales, tener un alta en nuestro Sistema Sanitario de Aragón y poder preparar de forma anticipada los recursos necesarios en la ZBS a su llegada. Siempre en colaboración con Ayntamientos, Entidades sociales, Trabajadores Sociales de la Comarca, empresarios, etc
Estructurar y adecuar la Atención Sanitaria al horario laboral del Temporero, ya que su jornada y la ubicación de los campos de frutales, les obliga a acaudir fuera del Horario de admisión y de la Consulta médica Ordinaria, es decir a partir de las 17h.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Nuestro principal recurso es los Consejos de salud, que tienen una trayectoria importante en La Almunia. Desde allí se convocan reuniones informativas con Entidades Sociales y con La Mesa del Temporero, con el fin de difundir con la colaboración de todos ellos nuestro Proyecto.
Reuniones con ellos previa a la llegada de Temporeros y posterior para evaluar resultados.
Difusión de cartas a tarvés de páginas web de Ayuntamientos, Periódicos locales, etc
Reunión informativa a Dirección de AP del Sector III
Reunión con responsable de Tarjeta Sanitaria con el fin de unificar criterios de recogida de datos para tramitar de forma sencilla tarjetas sanitarias de trabajadores con contarto laboral.
Reunión con Empresarios como aliados para dicha tramitación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores solicitados a BDU.
Número de TIS en enero - junio de años previos al Proyecto 2015 y 2016, y en 2017.
La idea es comparar meses de baja afluencia de temporeros con meses de alta afluencia.
Contabilizar Altas dadas en Admisión de CS La almunia en meses de mayo a octubre, y comparar con las dadas en años previos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Informacion primera en Reunión Consejo de Salud 1 marzo 2017, responsables Dra. Marta Tirado y Coordinadora CS La Almunia Mª José Lapuente
-Reunion mediadores sociales 23 marzo 2017
-Reunión con Empresarios antes de la Campaña
-Reunión Mesa del Temporero
-Comienzo campaña de mayo a octubre
-Reevaluar en junio problemas y mejoras
-Reunion Consejo de Salud 14 junio 2017
-Reunión mea del Temporero fin Campaña en octubre 2017
-Reunion con empresarios 29 junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION AL TEMPORERO EN EL E.A.P. DE LA ALMUNIA EN COLABORACION CON ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atencion Social
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1540 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS PARA UN CORAZON SANO

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. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· AGANZO LOPEZ FRANCISCO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· RIVERO SANZ OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL RUBIO OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SORIA ROSEL PIEDAD LAURA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el consejo de salud, se plantea la necesidad de formar un grupo, para realizar ejercicio básico cardiosaludable, dado que se objetiva un grupo de población que no realiza ningún tipo de ejercicio, y tiene factores de riesgo cardiovascular

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
poblacion diana: pacientes con factores de riesgo cardiovascular, con vida sedentaria
objetivos: disminuir el riesgo cardiovascular, mediante modificación del estilo de vida, a través del ejercicio físico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantea desde el consejo de salud la necesidad de ejercicio cardiosaludable para un grupo de población Se acuerda, en reuniones de equipo,y en reunión en consejo de salud que cada medico, proponga 3 a 4 pacientes de su consulta y les ofrezca ese servicio, se registrarán en admisión.
Además se deja información en todos los consultorios y admisión del centro de salud, para que voluntariamente se puedan apuntar .Se abren listas especificas
Se publicita con carteles en los diferentes consultorios y en el centro de salud.
Se fija dia inicial, punto de reunión, recorrido, material necesario y personal sanitario acompañante .
Se busca personas en las que delegar estos grupos para asegurar continuidad.
Se fijan días posteriores para asegurar la cointinuidad del proyecto.
Se valoraran los resultados en el consejo de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
dia de salida,: si se forma el grupo, (seria un 100%)
si hay personal sanitario acompañante
si se realiza el recorrido,
segundo dia: si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)
a los tres meses : si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)
a los 6 meses: si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)

al año: si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
duración mas de un año
los paseos tendrán una perioricidad semanal (un dia por semana)y una hora de duración
reevaluar al segundo dia tres y seis meses, y al año en el consejo de salud.
Constara en acta y se publicara en la web del ayuntamiento, asi como las valoraciónes,y si hay alguna modificación
inicio : 29 de marzo
duración: una hora
perioricidad: semanal
duración indefinida

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1540 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS PARA UN CORAZON SANO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1651 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP LA ALMUNIA

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.
· BLESA RAMIREZ MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ABENGOCHEA COTAINA BELEN. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· TIRADO AZNAR MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuación de prescripción de medicamentos: 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,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Nombrar responsable de cada actividad
Responsable centro URM: maria jose lapuente
Actividades formación: Maria Blesa
Actualizacion conocimientos:
estatinas : Daniel escribano
urgencias y maletín: Antonio Lafuente, Maria Jose Lapuente, Maria jose Enguita, Silvestre Garcia
opiaceos: Maria Blesa, marta tirado
Pediatria: Belen abengoechea, Cristina vera

Adecuación de la prescripción de medicamentos
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Adecuación de la prescripción de medicamentos
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 propuestos

Proyecto: 2016_1651 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP LA ALMUNIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1700 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias

Proyecto: 2016_1700 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SANMARTIN PILAR. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· FRAC LOSANTOS LAURA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ SANZ ROSA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PUERTAS ERAUSO PAULA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde nuestra experiencia en la Consulta Programada observamos un gran número de niños con una dieta inadecuada y unos hábitos no saludables, que condiciona diversos problemas de salud : sobrepeso,alteración en el metabolismo de los lípidos, hipertensión arterial,niños con bajo peso,caries,niños con hábitos sedentarios .

Todos ellos mejorables desde la infancia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Conocer de primera mano hábitos alimentarios en nuestros escolares.
-Conocer hábitos saludables con respecto a su salud bucodental en nuestros niños .
-Conocer tendencia al sedentarismo en nuestros escolares
-Conocer si viven en ambientes libres de humo .
-Conocer si han tenido contacto los adolescentes con alcohol o tabaco .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Participaran los Pediatras, Enfermeras de pediatria de AP,MAC y Médicos de Familia.
- Actividades previstas :
1-_ Paso de encuestas y Educación en Salud y Promoción de hábitos saludables, por intervalos de edad realizadas durante la Consulta Programada durante 6 meses de recogida de datos, en estudio multicéntrico : Ricla . Calatorao, Almonacid y La Almunia de Doña Godina .
a) Niños de 4 a 6 años . Encuesta sobre Pirámide de alimentos individual, cepillado de dientes, hábitos sedentarios .
b) Niños de 8 a 10 años Encuesta sobre Pirámide de alimentos, cepillado de dientes y hábitos sedentarios .
c) Niños de 12 a 14 años : Encuesta sobre Piramide de alimentos, cepillado de dientes, hábitos sedentarios, consumo de tabaco y alcohol.-
2- Calendario :
a) Conocer cualitatívamente nuestra Pirámide de alimentación en los niños entrevistados durante 6 meses .
b)Revisión de la encuesta en aquellos niños que sea deficitaria a los 3 meses de seguimiento y valorar si ha sido efectivo.
c)Posteriormente análisis de datos y conclusiones sobre posibles oportunidades de mejora
.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Estudio descriptivo de la alimentación de nuestros niños y conocer en qué son principalmente deficitarios o en qué sufren exceso .
-Estudio descriptivo de hábitos saludables instaurados en nuestros escolares
-Porcentaje de niños que al menos en un hábito han mejorado por intervalos de edad
-Porcentaje de niños que al menos en dos hábitos han mejorado por intervalos de edad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión de todo el equipo para clarificar encuesta y recogida de datos -
- Recogida de datos por intervalos de edad donde constará nombre del niño, edad y fecha de realización de encuesta, durante un intervalo de 6 meses: De Noviembre del 2016 a Abril del 2017
-Reevaluar en 3 meses a aquellos niños que inicialmente hubiera que mejorar algún aspecto valorado previa cita. hasta Julio del 2017
-Posteriormente resumen de datos y conclusiones hasta Noviembre del 2017

9. OBSERVACIONES.
-
Excluir en los porcentaje a niños con alergia alimentaria .

Excluir en los porcentajes a niños con patologia traumatológica puntual .

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0673 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2016

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.
· FRANCO PORTERO MARINO. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MALLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· AMAL AMANE ABDELOUAHED. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· FUNES SABIRON ANA PILAR. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL BRUMOS ISABEL. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GORDO YAGUE PIEDAD. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (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 en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD (Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.- Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)- Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD - Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO-Responsable: El grupo de mejora 4.- 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. (Responsable: Mª Victoria Fustero)5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Mª Victoria Fustero)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
-%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
-Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- Nº de sesiones clínicas de Anticiagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones-Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K. Nov. y Dic. 2016
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD Nov. y Dic. 2016
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO. Enero y febre. 2017
4. Trabajo de campo con los pacientes. de febrero a junio 2017
5. Sesiones clínicas en el EAP. Febreo y abril de 2017.
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores. Mayo 2017
6.-Evaluación de resultados. Sep. Octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD CLINICA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

Proyecto: 2016_0673 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2016

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1572 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MILDFUTNES, RELAJACION

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. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunion informativa al Equipo
Sesión quincenal los martes de 14 a 15h

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Informacion al Equipo : Mayo de 2017
Duraación del proyecto de junio a dicembre de 2017
Evaluación mediante encuestas estandarizadas en dicembre .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. .
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... GONZALO CASAÑAL QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· LAMPLE LACASA LUIS. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· TORCAL POTENTE ANA MARIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Adecuación de la prescripción de medicamentos
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia y antibióticos en faringoamigdalitis en Pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

Proyecto: 2016_1681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... JUANA RUIZ GRIMA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1692 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

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. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ LOPEZ MODESTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias

Proyecto: 2016_1692 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA YOLANDA CARA GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIGUERAS SANJUAN PAULA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ PEREZ EVA MARIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· ROSEL MOYANO VERONICA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANTAMIRIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· VIDAL CIRAC ISABEL. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ LOPEZ MODESTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El registro vacunal adecuado en OMI, debe ser considerado como un parámetro estándar en la calidad asistencial. Sin embargo hemos detectado un deficitario nivel de registro en nuestros pacientes.
El problema surgió a raíz del análisis de los indicadores de calidad asignados en los distintos equipos de a A.P hace dos años. Este asunto creó malestar en todos los profesionales, implicados o no en la asistencia pediátrica, puesto que nuestros pacientes pasan irremediablemente a las consultas de los médicos de familia.
Tras un año activo de registros, ha mejorado en la franja de edad de más de dos años, pero no ha sido así en los menores de 2 años. En el análisis de datos de este año hemos encontrado los siguientes resultados globales.
Muestra de nuestra ZBS, n= 156 pacientes
Tenemos 70 pacientes de dos años o menos, de los cuales están correctamente 64,28% frente a un 74% de niños pequeños registrados el año anterior. Estamos con un descenso de casi 10 puntos porcentuales. Achacable este descenso por un lado a la exigencia del indicador, ya que hemos englobado para considerar correcto el registro por un lado el adecuado paso de vacunas y por otro lado el correcto clicado. La convergencia de los dos datos hace más exigente al indicador . Además, el aumento del tamaño muestral 21% mas respecto al año pasado hace que los datos sean más fiables.
Por otra parte contamos con 86 pacientes mayores de 2 años. De los cuales tenemos correctamente registrados el 36,046%, frente a 23,91% correctamente registrados en 2015. Lo que supone una mejoría de casi 13 puntos porcentuales.
Las causas atribuidas al deficiente registro son varias:
1.-La “grandeza” de nuestros cupos, ha mejorado respecto del año 2015 con la creación de un nuevo cupo y la asignación de una enfermería de pediatría exclusiva para el cupo de María de Huerva
2.- Seguimos con un importante volumen de pacientes trasladados, esto nos genera fallos en los registros y nos supone una gran sobrecarga de trabajo .
3.- Muchos de nuestros pacientes reciben atención sanitaria por dos vías (la S.S y seguros privados). Estos últimos prefieren ser vacunados en el sistema sanitario privado, lo que hace que carezcamos de dichos registros.
4.- La informatización de las historias clínicas se implantó en nuestro Centro de Salud, con el uso del OMI, en el 2008, aunque existen algunos puntuales en 2007. Generalizándose en el año 2008. Los nacidos antes de esas fecha no presentan los registros vacunales previos, situación que se está corrigiendo . Pero que precisa de mucho tiempo para poder recuperarlos .
5.- El carácter no estable del personal que trabaja en pediatría, cambios frecuentes por bajas, contratos, etc
6.- El desconocimiento de cómo se deben de llevar a cabo los registros de forma adecuada. No basta con registrar las que se ponen en un momento determinado, sino que es preciso verificar la cartilla vacunal y registrar las vacunas que no consten para mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes y además clicar en la revisión completa de las vacunas, siendo ésto acorde y veraz con el registro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del presente proyecto es alcanzar un registro óptimo en vacunas.
Con objetivos más realistas, hemos fusionado los dos indicadores en uno solo considerando correctamente registrado al paciente que tiene las vacunas bien transcritas y que está clicado como revisado.(Correcto registro+ clicado).
Hemos bajado las expectativas y propuesto objetivos mas accesibles
1.- Llegar a un 90% en pacientes menores de dos años .
2.- Objetivo 75% del registro adecuado en los mayores de dos años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Exposición en sesión clínica de los datos a vigilar en OMI en Octubre de 2016.
Motivación del personal y contactos periódicos con los miembros del proyecto, cada 3 meses, para seguir detectando en la historia de cada paciente los fallos, poner flashes, solicitud de cartillas a la familias para el paso manual de las vacunas, borrar erróneos y verificar los calendarios. Proceso llevado a cabo fundamentalmente por enfermería y por pediatría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores utilizados son los porcentajes en los dos grupos etarios de población pediátrica:
1.- % de registro adecuado en menores de 2 años
2.- % de registro adecuado en mayores de 2 años .

Proyecto: 2016_0105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

La actividad se evaluará mediante muestreo aleatorio anual, en el mes de mayo del año 2017. El estudio descriptivo y el análisis se llevará a cabo tanto de forma diferencial en los cuatro cupos actuales como de forma global. Se comunicarán los resultados de la evaluación en junio de 2017 y se propondrán las mejoras que se estimen.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Muestreo y análisis de datos anual el mes de mayo de 2017.
Información puntual a los implicados en el proyecto por parte de la responsable en junio 2017.
Contacto cada tres meses con los miembros para reforzar los datos a vigilar y los errores detectados.
Exposición en sesión clínica de los datos a vigilar en OMI en Octubre de 2016.
La finalización la mantenemos a 1 de mayo de 2020. Si bien se verá acortada si se consiguen los objetivos antes .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACTIVIDADES PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1568 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

2. RESPONSABLE ..... MONICA MARCO OLLOQUI
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIDAL CIRAC ISABEL. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA
· ROSEL MOYANO VERONICA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La lactancia materna es onsiderada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebes. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil.
Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de madres asistentes
Nivel de satisfacción de las asistentes al grupo
Porcentaje de mantenimiento de la lactancia materna a los 6 meses del nacimiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados en diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1336 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP EN ESTUDIANTES DE 1º BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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.
· FRANCO GARCIA SARAY. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GIL RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
AUMENTAR LAS HABILIDADES INDIVIDUALES Y LA COORDINACION ENTRE LAS PERSONAS QUE ATENDERIAN ESTA SITUACION ANTE DE LA LLEGADA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE LES SUMINISTRARA UN TEST PARA CONOCER SUS CONOCIMIENTOS PREVIOS A LA ACTIVIDAD Y OTRO POSTERIOR AL MISMO EVALUANDO LA GANANCIA DE CONOCIMIENTOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.
LA ACTIVIDAD SE DESARROLLA CONTANDO CON LA APROBACION DE LA DIRECCION DEL COLEGIO Y DEL AMPA
EN LOS ESTUDIANTES DE 1º DE BACHILLER

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1672 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MIRALBUENO

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1695 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1701 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GIL MOSTEO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1701 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

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.
· LOPEZ GRANADA MANUEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· GASCON BRUMOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· CAROD BENEDICO ETHEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ BURGOS BEATRIZ. TRABAJO SOCIAL. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN BALLARD TERESA. PEDIATRIA. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MIRANDA ANAYA ANA. MATRONA. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· CEBOLLADA GARCIA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

Proyecto: 2016_1306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

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.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. promocion de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

2. RESPONSABLE ..... MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVEROS BRIZ TERESA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION ADULTOS
· MARTINEZ BURGOS BEATRIZ. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. TRABAJO SOCIAL
· GASCON BRUMOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· CAROD BENEDICO ETHEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· TAPIA RUIZ MARIA. PEDIATRA. CS OLIVER. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN BALLARD TERESA. PEDIATRA. CS OLIVER. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La estrategia 2011-2016 pasear de promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón se origina en el plan estratégico de salud pública de Aragón 2006 .Uno de sus ámbitos de actuación es el comunitario y dentro de este unos de los objetivos es promover entornos físicos que faciliten a los ciudadanos la práctica cotidiana de actividad física.El parque Oliver es un espacio idóneo para facilitar la práctica de la actividad física. Varios de los objetivos del proyecto del centro de salud "Recursos para tu salud" son: Fomentar la salud física mental y social desde el punto de vista holístico. Abordar la salud medioambiental y la importancia que tienen los entornos saludables en nuestras vidas.En el mapeo de activos en salud de la fiesta de otoño de 2013, los vecinos del barrio Oliver señalaron en mayoría al parque del oeste de Oliver como recurso importante y saludable del barrio.La coordinadora del parque también promueve que el parque se utilice por los vecinos.Hay un recurso del barrio que es el proyecto de animación deportiva.Con lo que en marzo de 2014 comenzamos a utilizar el parque como recurso saludable del barrio para realizar el proyecto paseos y salud.Centro de salud, coordinadora del parque y proyecto de animación deportiva del barrio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el nivel de salud y calidad de vida de la población de la zona de salud de Oliver a través del ejercicio físico.Aumentar el número de personas que caminan en la zona de salud de Oliver.Establecer relaciones con otros vecin@s del barrio.Promover caminar por el parque como un activo de salud del barrio, la limpieza y el respeto por el parquer, la igualdad de género señalando la importancia de que todas las personas necesitan realizar ejercicio y relacionarse.Empoderar a l@svecin@s en sus capacidades y su autocuidado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Breve saludo y evaluación de cómo nos encontramos. Se comenta alguna novedad, noticia, actividad o algún concepto de salud.5-10'.movilización y estiramientos10'.caminar-50'.estiramientos-5-7'preparación para el ejercicio y recuperación a través de ejercicios de movilización y estiramientos.caminar por el parque por diferentes itinerarios según capacidad y condición física,aumentando intensidad y resistencia.se establece diálogo y relaciones durante todo el proceso con apoyo de los monitores y vecinos activos.Se aprovecha después de los estiramientos de hablar de hábitos saludables y compartiendo experiencias y conocimientos.De forma transversal en todas las actividades se dialoga en diferentes formas de organizarse para que todos los miembros de la familia o unidad de convivencia, puedan acudir a la actividad de paseos y salud y a cualquier otra actividad.Mapeo de grupos estables que caminan por el parque para ofertar en las consultas y en otros proyectos.Actividades de conocimiento de los diferentes rincones del parque, Utilización e historia del mismo.En algunas sesiones se utilizan podómetros para tomar conciencia de los pasos que se dan y lo que se recomienda.Se utilizan los aparatos de gimnasia del parque se han hecho sesiones de enseñar ejercicios de tonicidad y elasticidad.De la técnica correcta de caminar, respiración y relajación:la importancia de conectar con nuestro cuerpo, con la naturaleza y nuestro entorno en un momento de silencio, teniendo en cuenta todos los ruidos y prisas que nos acompañan diariamente.Diez minutos de hablar y comentar beneficios de la actividad física y situaciones de salud. Café- tertulia (30-45')hablando de diferentes situaciones de salud,se enseñara a tomar pulso radial, intercambiando consejos .A principios de año se ha metido en un bote de cristal un objetivo de salud a conseguir este año.Al finalizarlo en la evaluación abriremos el bote para recordar objetivos y evaluaremos conjuntamente en que medida se han alcanzado,porque y futuro.En una libreta vamos anotando remedios sencillos de salud que nos resultan útiles para difundirlo este año o el que viene entre los vecinos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción,dafo,actividades realizadas,actas al finalizar el proyecto.Metodologia accion-participacion.y cualitativa.Sesion clinica en junio al equipo y presentacion al consejo de salud en junio..Evaluación:numero,fechas de reuniones y actas.Memoria anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2017 paseo y ejercicios: martes de 15,30 a 16, 30.café u otra actividad de16,30-17h.en junio martes 9,30-10,30 paseo y ejercicios. Café u otra actividad de10,30-11h.Reuniones de evaluacion con agentes dos veces /año-enero y junio o septiembre.Evaluacion con agentes y paseantes una vez año-diciembre-enero .Una sesión clinica al equipo en junio.Presentaciónen consejo de salud.Memoria en diciembre.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. promocion de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1660 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... BELEN VALIENTE LLORENTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RUIZ PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERREROS ARILLA OSCAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION
· HERRERO DUARTE AGUSTIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MAGEN SERGIO. CELADOR/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO ALONSO SUSANA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1673 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP OLIVER

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAFAEL RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROY PEREZ MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MINGOTE TIZNE MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· BELTRAN LACORT FEDERICO. PEDIATRA. CS OLIVER. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1689 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias

Proyecto: 2016_1689 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

2. RESPONSABLE ..... MARIA 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.
· LAITA EZQUERRA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ GUZMAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ALCOLADO ARANDA ANA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN MURILLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El C.S. tiene un consejo de salud constituido desde el año 1996 a lo largo de estos años, se han renovado los componentes que no así las asociaciones que lo integran, apareciendo asociaciones nuevas que no se han incorporado.
En los últimos años se observa una inercia, con baja participación a pesar de tener una alta motivación.
Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestión del centro de salud de Sadaba, dentro de las estrategias del Salud en promoción comunitaria de salud
Con este proyecto se pretende dinamizar el consejo de salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana será toda la población adscrita a la ZBS (con la limitación de aquellas personas que no tengan acceso informático, bien por carecer de ordenador, o no tener conocimientos de usuario)
Como objetivos se plantean:
1. Dar visibilidad al consejo de salud y dar a conocer sus funciones y contenidos
2. Utilizar el blog como buzón de sugerencias. Conocer las necesidades sentidas por la población tanto en salud, como formativas
3. Facilitar la comunicación con la comunidad
4. Servir de plataforma para impulsar nuevos proyectos comunitarios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:

1. Informar al consejo de salud del proyecto y de sus progresos en todas las reuniones
2. Diseño de la página web; para ello se solicitara el apoyo técnico a los Ayuntamientos o bien a usuarios del C.S.
3. Difusión de su existencia: diseñar unas hojas informativas que se dejaran en admisión
Incluir su manejo en los cursos de informática que se ofrece a la población a través de los ayuntamientos
4. Incluir artículos de divulgación, que promuevan estilos de vida saludable
5. Diseño de una encuesta de satisfacción; con el blog y con sus contenidos
6. Incluir un buzón de sugerencias relativas a la salud y servicios sanitarios. Todas ellas se analizaran en el consejo de Salud, y por los componentes del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de entradas al blog
2. Evaluación anual de satisfacción a través del consejo de salud
3. Resultados de la encuesta
4. Numero de sugerencias recibidas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Junio: Dar a conocer el proyecto en el consejo de Salud por parte del responsable.
Sesión en EAP de presentación del proyecto
Reparto de tareas entre los componentes del proyecto
Mayo- Julio: creación de la página web
Diseño de la encuesta de satisfacción del blog y del consejo de salud
Diseño de las hojas informativas
Julio: Apertura de la página web y difusión

Julio- Noviembre: Incluir de forma mensual un artículo divulgativo
Noviembre-Diciembre: Realizar la evaluación de los indicadores propuestos
Presentar los resultados en EAP y Consejo de Salud

Proyecto: 2016_1372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion sana
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1659 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ALCOLADO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN MURILLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ GUZMAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LAITA EZQUERRA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SADABA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1674 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP SADABA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ALCOLADO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO AYETE MARIA TERESA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· GALAN ALAYETO BERTA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1702 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA 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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1702 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1658 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES POLANCO TAPIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ PORTAL VIRGINIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SOS DEL REY CATOLICO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1703 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL AGUIRRE DE SANTIAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias

Proyecto: 2016_1703 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1624 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

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.
· GIL LIGOS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CACHO VAL AURORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MANRIQUE BONA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MODREGO MOROS AMPARO. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLIN MORENO MARIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial.

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional .

4. Información al usuario: Servicio de Admisión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: abril-mayo 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE EL COLEGIO

2. RESPONSABLE ..... PALOMA LATORRE ORTE
· 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. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO ELIZONDO MARIEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· TURRION GONZALEZ JESUS MARIA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANZ BURGOS LARA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SORIA JIMENEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE VELILLA MARIA CARMEN. CELADOR/A. CS TARAZONA. SUAP TARAZONA
· CIORDIA GARCIA MARIA LUISA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La iniciatica surge de la solicitud de formación por parte del Colegio Sagrada Familia de Tarazona .
Justificación :
-Una actuación temprana y eficaz en situación de emergencia es vital en la supervivencia.
-La formación en estas edades crea habilidades inmediatas y futuras para actuar de forma adecuada en la urgencia vital, que paraliza a la población lego.
-El niño se convierte en primera agente de la Cadena de supervivencia.
-El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es que desde edades tempranas la población sepa reconocer la situación de emergencia, y desarrollar habilidades prácticas hasta la llegada del servicio sanitario.
La población diana son todos los alumnos de educación Primaria (6-12 años) de la zona básica de salud de Tarazona.
Como primera fase de actuación en el curso 2017 se realiza taller a los alumnos de tercer ciclo de Primaria (10-12 años)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Con el fin de transmitir habilidades en la urgencia vital el equipo multidisciplinar que conformamos, médicos, enfermeras, celador:
-Nos reunimos dos semanas consecutivas (una sesión semanal) en el que valoramos los conceptos básicos que deben adquirir los niños y los recursos con los que debemos contar.
-Se realiza un taller simulado entre los compañeros para establecer roles.
-Entre los cambios previstos conforme a lo inicial se decide abordar a toda la educación primaria (6-12 años) se establecen dos grupos de trabajo para trabajar con distinta metodología por grupos de edad.
-Se comunica a los centros por escrito el proyecto.
-Se realiza reunión para coordinar las fechas de los talleres con cada uno de los centros. Se adquiere material de préstamo necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
Se establece 4-5 grupos trabajo por aula que permiten preevaluar conocimientos y valorar la calidad de conocimientos adquiridos al finalizar.
Previo :
-Observacional a la respuesta ante una situación de urgencia vital. ¿ Como reaccionamos ? ¿ Que sabemos hacer?
- Se realiza un Pretest acorde con el grupo de edad.(lo realiza el colegio previamente) y un postest.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del Proyecto: Marzo de 2017: Responsables: Paloma Latorre y Maria Soria.
-Taller RCP. 6º Primaria. Colegio Sagrada Familia. (27-03-17).
-Taller RCP. 5º Primaria. Colegio Sagrada Familia (27-03-17).
-Taller RCP. 4º Primaria. Colegio Sagrada Familia (28-03-17).
-Taller RCP. 3 º Primaria. Colegio Sagrada Familia (30-03-17).

- Junio 2017: 3 Talleres dirigidos a los niños de 6 Primaria de los colegios restantes de Tarazona. Responsables: Todo el equipo del grupo de mejora.

Tras el inicio escolar 2017/2018 se realizará la implantación progresiva a los grupos de primer y segundo ciclo de Primaria. Pendiente de establecer nuevo calendario con los tutores docentes que estan pendientes de incorporarse al nuevo curso escolar.

Cada taller tiene una duración de una hora.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE EL COLEGIO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1434 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA FRANCISCA RIOS DOMINGUEZ
· Profesión ..... CELADOR/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MARCO MARCO MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARCIA HUERTA EMILIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VILLANUA BONET MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLIN GARCIA PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ADELL RUIZ RAFAEL. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· TAUS GREGORIO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El proyecto surge ante la sugerencia y petición de los Colegios Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar de Tarazona de mostrar las instalaciones y los servicios del Centro de Salud.

Se inició hace 3 años, las visitas se realizan 2 veces al año.

El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

Tiene como objetivo, el que los estudiantes conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que en él desempeñan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
POBLACION DIANA:

-Niños de Tercero de Infantil: 5-6 años
-Niños de Segundo ciclo de la ESO: 15-16 años.
-Profesor tutor de los niños de infantil.
-Profesor de Biología de E . Secundaria.
En ambos casos, residentes en la zona básica de salud, correspondientes a los colegios de Tarazona.

OBJETIVOS:

-Mejorar el conocimiento que los escolares tienen del centro de Salud, dándoles una visión de nuestras funciones y actividades, así como de los profesionales sanitarios y no sanitarios que en él trabajamos, además de fomentar una buena educación saanitaria.

-Realizar una visita por las distinas dependencias del Centro.

-La visita se realiza como complemento de educación sanitaria que se imparte en el colegio:
-tras unas jornadas sobre Salud y Alimentación (en el caso de Educación Infantil)
-Para completar las clases de Biología propias de 2 ciclo de la ESO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La actividad se difunde a todos los colegios de Tarazona previa invitación personal por parte de la coordinadora del C.Salud . (El Colegio Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar llevan 3 años realizándola) ahora ampliamos con el resto colegios:
CEIP Comarcal Moncayo, IES Tubalcain y CEIP Joaquín Costa).

ACTIVIDADES

-La actividad se realiza en el C. Salud

- En EDUCACION INFANTIL :

-Presentación: charla en salón de Actos a continuación se realiza un recorrido por el c.salud enseñando las instalaciones:

-Consultas de pediatría,se enseña los instrumentos que utiliza la pediatra para la exploración física en la consulta.

-Odontología, se aprovecha para realizar educación en la higiene bucal . Se les ofrece obsequio de cepillo y dentrifico.

-Sala del matrón.

-Servicio de Rayos X. Se realiza simulacro con algún voluntario, se enseñan los aparatos de Rayos

Proyecto: 2016_1434 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

-Laboratorio

-Gimnasio de Fisioterapia: Se enseñan las actividades que se realizan en el Gimansio.

-Consultas de Atención Primaria

-Servicio de Urgencias.

Al finalizar se realiza una charla en Salón de Actos de educación para la Salud.

En EDUCACION SECUNDARIA : se incluyen los mismos servicios y recorridos, haciendo hincapié en Atención primaria, completan lo impartido en clases de biología propias de ese ciclo relacionando lo estudiado con la práctica sanitaria.

-En la sala del Matron, reciben explicación sobre el uso de anticonceptivos .

-Se les enseña el servicio de Administración: horarios de citas,consultas ordinarias, de urgencias para que hagan un buen uso .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la evaluación de este proyecto :

En Educación infantil: tienen que realizar un dibujo de lo que les ha parecido la visita.
En Educación Secundaria:se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es un proyecto que se inició en el 2015. y desde entonces se realiza dos veces al año por colegio.
Colegio:Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar.

Este año estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Se han realizado invitaciones al resto de colegios de Tarazona para que conozcan la iniciativa del proyecto y puedan participar en él si lo desean.

La coordinadora del C.Salud: Pilar Coscolin les da la bienvenida a alumnos y profesorado
Francisca Ríos: es la responsable de guiar a los alumnos por el C.Salud y en su ausencia Francisco Arrondo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

2. RESPONSABLE ..... PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ FERNANDEZ MARIA PAZ. PEDIATRA. CS TARAZONA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO PARRA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO ELIZONDO MARIEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CIORDIA GARCIA MARIA LUISA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANZ BURGOS LARA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARQUINA PEREZ ASCENSION. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-parches de lidocaína,
-adecuación del uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica.
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1626 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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. Si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1626 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Proyecto: 2016_0543 ()

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARTINEZ SANZ
· Profesión ..... ODONTOLOGO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MARCO ESTRELLA. HIGIENISTA DENTAL. CS TARAZONA. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente, la gran mayoría de los defectos del esmalte no asociados a la exposición de flúor sistémico pueden identificarse como hipomineralización incisivo molar (MIH, por sus siglas en inglés: Molar-Incisor Hypomineralisation). Este término fue introducido en 2001 para describir defectos de desarrollo cualitativos en el esmalte dental, con diferentes grados de afectación y extensión variable. Estos defectos afectan sobre todo a los primeros molares permanentes (que erupcionan alrededor de los 6 años) y también pueden afectar o no a los incisivos permanentes (Weerheijm y cols., 2001). Actualmente, los factores etiológicos siguen siendo desconocidos aunque se han propuesto numerosas hipótesis y multitud de factores predisponentes como infecciones del aparato respiratorio en el período postnatal, el empleo de antibióticos, la lactancia materna más de 6 meses o la predisposición genética, entre otros.
A nivel clínico, la MIH supone un gran reto para dentistas e higienistas porque los niños afectados tienen un alto riesgo de desarrollar caries y, en los casos más graves, pueden llegan a sufrir fracturas de esmalte post-erupción de difícil manejo. Para mayor abundamiento, los sistemas de restauración por adhesión funcionan peor en los dientes hipomineralizados como resultado de su esmalte defectuoso.
Teniendo en cuenta que a nivel mundial los datos de prevalencia de la MIH han llegado hasta el 44% en Australia (Hernández y cols., 2016) y que parece que en los últimos años han ido aumentando, podemos considerar este fenómeno como un problema de salud oral importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ). Particularmente, en España se han publicado datos de prevalencia del 17,85% (en Barcelona) y actualmente no hay estudios específicos en Aragón.
Por todo esto, creemos que resulta extremadamente importante conocer el número de de niños afectados por MIH en nuestra unidad, así como saber su grado de severidad. Igualmente, pensamos que es fundamental establecer un programa especial de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer exactamente el número de de niños afectados por MIH atendidos anualmente en nuestra unidad, así como su grado de severidad, de acuerdo con la clasificación propuesta por Mathu-Muju y Wright en 2006 que los diferencia en leves, moderados y severos.
- Establecer un programa especial de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH de acuerdo con las directrices de la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral).
- Registrar y cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH, especialmente las aplicaciones tópicas de flúor.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Pretendemos llevar a cabo un registro especial de los niños atendidos en el marco del PABIJ y que presenten MIH. Actualmente, no disponemos ningún sistema para registrar el número de niños atendidos con esta patología ni su grado de severidad, ni a través del programa OMI-AP ni con la aplicación web del registro de la atención bucodental del PABIJ. Es por eso que una de las actividades que pretendemos mejorar es diseñar un sistema para registrar toda la actividad asistencial llevada a cabo en este sentido con todos los niños que presenten MIH. El sistema puede ser a través del diseño de una hoja de cálculo EXCEL o, mejor aún, consiguiendo que los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud modifiquen la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, por cada individuo, si presenta o no MIH y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa.
Asimismo, pretendemos poner en práctica los protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar publicados por la SESPO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de niños con MIH atendidos por nuestra Unidad y el grado de severidad en los mismos. Para ello, registraremos toda la actividad generada dentro del PABIJ en relación con estos niños.
2. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH. Entre ellos destacan las aplicaciones tópicas de flúor realizadas como tratamiento preventivo de la caries dental.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este proyecto será de un año, aunque si funciona bien nuestra intención es mantenerlo de forma indefinida de forma que en las revisiones del PABIJ registremos siempre si los niños presentan MIH y su grado de afectación. Asimismo, durante ese tiempo aplicaremos los protocolos recomendados por la SESPO. La fecha de inicio del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente dedicamos al PABIJ la mitad de nuestra actividad asistencial. Por tanto, desde su concesión el proyecto se llevaría a cabo día a día, discriminado en cada una de las revisiones infantiles si el niño presenta o no MIH. En los casos de niños con MIH llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial pertinente.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0543 ()

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Bibliografía utilizada:
• Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. Disponible en www.sespo.es
• Hernandez M, Boj JR, Espasa E. Do We Really Know the Prevalence of MIH? J Clin Pediatr Dent. 2016; 40(4): 259-63.
• Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend Contin Educ Dent 2006;27(11):604-610.
• Weerheijm KL, Duggal M, Mejáre I, Papagiannoulis L, Koch G et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Atens, 2003. Eur J Paediatr Dent 2003; 3:110-3.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hipomineralización incisivo-molar
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1061 ()

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

2. RESPONSABLE ..... ESTRELLA MARTINEZ MARCO
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ SANZ ELENA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La clorhexidina de uso odontológico a concentraciones entre 0,12 y 0,2%, es el antiséptico más seguro y eficaz para disminuir la carga bacteriana en la cavidad bucal [1]. La presentación más habitual es en forma de enjuague o colutorio y resulta indispensable en cualquier clínica dental, especialmente en las unidades de salud bucodental de atención primaria [2]. Además, en 2012 la Colaboración Cochrane (una de las instituciones más prestigiosas de medicina basada en la evidencia) redactó un extenso documento de 82 páginas donde se muestra la evidencia científica del papel de la clorhexidina en la prevención de la alveolitis seca (también denominada osteítis alveolar) a partir de una revisión sistemática y un meta-análisis minucioso [3]. La alveolitis seca es la complicación postoperatoria más frecuente después de una extracción dental y se define como una inflamación del alveolo cuyo síntoma más característico es el dolor. A criterio del facultativo, el tratamiento puede incluir la farmacoterapia con antibióticos y analgésicos [4]. La prevalencia de la alveolitis seca varía entre el 1 y el 5 % de todas las extracciones dentales y puede llegar al 30 % cuando se trata de terceros molares inferiores [3]. Según Daly y cols. (2012), la osteítis alveolar puede ser reducida de forma estadísticamente significativa al utilizar enjuagues bucales con clorhexidina antes ejecutar la exodoncia [3], ya que reduce la carga bacteriana de la cavidad bucal. Por ello, el consejo de dentistas de España establece como fundamental para prevenir la alveolitis, después de las exodoncias de terceros molares inferiores, que los pacientes se enjuaguen antes de iniciar la intervención quirúrgica con una solución de clorhexidina [5].
En la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona no disponemos de clorhexidina de uso odontológico. Hasta ahora hemos estado utilizando las “muestras” que nos regalan los visitadores médicos de los laboratorios de productos odontológicos. Sin embargo, actualmente hemos agotado todas las muestras y de momento no conseguimos clorhexidina por ningún lado.
BIBLIOGRAFÍA:
[1] Varoni E, Tarce M, Lodi G, Carrassi A. Chlorhexidine (CHX) in dentistry: state of the art. Minerva Stomatol. 2012;61(9):399-419.
[2] Blanco González JM, Herrero Grandgirard E, García Barrero ME, López-Arranz Monje E. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2010.
[3] Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD006968.
[4] Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001; 38(3): 176-180.
[5] PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR. Consejo General de Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este proyecto se pide para solicitar clorhexidina de uso odontológico y así poder continuar realizando rutinariamente exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores en el CS de Tarazona, como venimos haciendo hasta ahora. Una vez que consigamos la ansiada clorhexidina el objetivo del proyecto será hacer un seguimiento y un informe anual sobre los procedimientos de exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores llevados a cabo en la Unidad. Mientras no tengamos el producto tendremos que tratar de evitar este tipo de intervenciones. El objetivo final es, ante todo, mejorar el conocimiento de la actividad quirúrgica llevada a cabo en la Unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende crear una base de datos donde se puedan registrar todos los aspectos relativos a las intervenciones quirúrgicas de terceros molares llevadas a cabo en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona. En la base de datos se recogerán datos como la fecha de la intervención, la edad y sexo del paciente, datos relevantes de la historia clínica, la anestesia empleada, la técnica quirúrgica realizada, las prescripciones del facultativo y las posibles complicaciones que puedan haber ocurrido en el peroperatorio o en el postoperatorio. También se considerará un apartado de observaciones para cada registro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mediremos el número de intervenciones quirúrgicas de terceros molares mensuales.
2. Mediremos también la aparición de alveolitis seca como complicación postoperatoria para cada caso.
Evaluaremos el nº de intervenciones y el nº de casos que desarrollen alveolitis seca mensualmente y haremos un informe final anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto tendrá una duración de un año. Comenzaremos tan pronto como conozcamos si nos han aprobado el proyecto. Además, para llevarlo a cabo necesitamos haber recibido clorhexidina de uso odontológico. Se necesitarían 15 mL por paciente. Los envases clínicos son de 5.000 mL y tienen un coste de 23,5 € (IVA incluido). Con un sólo envase podemos tratar a más de 300 pacientes.

Proyecto: 2016_1061 ()

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Registro de la actividad asistencial de la Unidad

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (EXODONCIAS QUIRÚRGICAS)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0789 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

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. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· BANDRES OLIVAN MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· ASTIER PEÑA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En numerosas instituciones públicas el ciudadano, usuario, contribuyente, paciente, comienza a tener un papel activo y a que su voz sea escuchada y tenida en cuenta tanto en la planificación de servicios como en la mejora o rediseño de los mismos.Ejemplos de a participación ciudadana en instituciones locales, regionales e internacionales son:1.PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ZARAGOZA: http://www.zaragoza.es/ciudadania/gobierno-abierto/participar/2.ARAGÓN PARTICIPA: http://aragonparticipa.aragon.es/3.PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EUROPEA: http://ec.europa.eu/citizens-initiative/public/welcome?lg=es En el servicio nacional de salud está descrita la participación de la ciudadanía a través de los consejos de salud de zona como nivel básico y más próximo al ciudadano. Posteriormente, las diferentes comunidades autónomas se han desarrollado otros consejos de participación de ciudadana a nivel de área de salud y a nivel autonómico. En Aragón, se han considerado tres niveles de participación: Regional, de Area y de Zona Básica. Este modelo está recogido en un documento que enmarca y desarrolla la participación en el ámbito de la salud en la Comunidad Autónoma fundamentalmente a través de los Consejos de Salud de Zona, Consejos de Salud de Sector y Consejo de Salud de Aragón, que son órganos de participación ya consolidados y con una dilatada experiencia en nuestro Sistema de Salud. El Consejo de Salud de Zona se configura en el modelo de participación como el órgano colegiado de participación comunitaria en salud para el asesoramiento y el seguimiento en la toma de decisiones de salud en la Zona, para mejorar la gestión de servicios, garantizar los derechos de los usuarios y fomentar la promoción de la Salud. Por ello, el equipo de atención primaria de la Zona Básica de Tauste se plantea la creación y consolidación del consejo de salud de Tauste como elemento facilitador de la participación ciudadana en el sistema de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Constituir el consejo de salud de la ZBS de Tauste.
2.Mejorar la participación de los ciudadanos de la ZBS de Tauste en la mejora de la salud de la comunidad a través del consejo de salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La metodología para la creación y dinamización del CSZ que vamos a seguir son las pautas marcadas en la Caja de herramientas de la página web Salud Informa: 1. La "Caja de Herramientas" contiene una serie de documentos que pueden utilizarse, si se necesitan, en los Consejos de Salud de Zona. Son materiales sencillos que pueden facilitar el inicio y la dinámica cotidiana de los Consejos de Salud de Zona.2. Están agrupados en "Constitución" donde aparecen unos documentos que pueden servir de ayuda en los primeros pasos de un nuevo Consejo de Salud de Zona que se constituye y en "Funcionamiento", cuando ya está en marcha desarrollando su cometido.El consejo es el órgano de participación de la población de la zona. Es un órgano de participación cercano y próximo a los ciudadanos donde se tratan cuestiones de salud individual y comunitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Configuración de la composición del consejo de salud:
Contactar con los alcaldes de la zona básica de salud
Contactar con las autoridades de salud pública
Contactar con los representantes sindicales y de consejo escolar de zona.
Motivar a dos profesionales del equipo para participar en el consejo
2.Reunión de constitución del consejo de salud de zona con el nombramiento del presidente, la decisión de la periodicidad.
3.Realizar una encuesta a los miembros del consejo para identificar los temas de salud que interesaría tratar en las reuniones del mismo.
4. Plan de reuniones anual con temas aprobados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Constitución de equipo de trabajo: nov-dic 2016
Contacto con las autoridades y profesionales candidatos al consejo: enero-febrero 2017
Creación del listado de personas y cartas: marzo-abril 2017
Reunión de constitución del consejo y nombramiento del presidente: mayo 2017
Diseño y pase de encuesta de temas de interés: abril-mayo 2017
Nueva reunión para establecimiento de actividades para el primer año de funcionamiento: junio 2017
Redacción del informe final del proyecto: noviembre 2017

Proyecto: 2016_0789 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

9. OBSERVACIONES.
El equipo de trabajo distribuirá responsabilidades a los 8 participantes de tal forma que los componentes lideren un área de las siguientes:
1)Constitución de equipo de trabajo
2)Contacto con las autoridades y profesionales candidatos al consejo
3)Creación del listado de personas y cartas4)Reunión de constitución del consejo5)Nombramiento del presidente6)Encuesta de temas de interés7)Convocar segunda reunión con orden del día y redacción del informe final del proyecto8)Monitorización por etapas

Bibliografía:Caja de herramientas de los Consejos de Salud de Zona del Servicio Aragonés de Salud. https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/participacion/participacion-en-salud/consejos-de-salud-de-zona/herramientas

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. participación comunitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0793 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

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. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· MOLINES FUERTES HORTENSIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· BANDRES OLIVAN MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· CARRERAS GIRALDA ANTONIO. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· AREVALO AMATRIAIN INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La práctica sanitaria conlleva riesgos y la identificación y disminución de los eventos adversos (EA) relacionados con la misma es una prioridad de los sistemas sanitarios. En atención primaria (AP) los EA no aparecen por azar, sino que su frecuencia y distribución están relacionadas con una serie de factores causales . La realidad del sistema sanitario es muy
dinámica ya que cada poco tiempo se incorporan nuevas evidencias científicas, nuevas tecnologías que ayudan a reducir unos riesgos pero que condicionan la aparición de otros nuevos, en lo que se denomina la curva de aprendizaje de las innovaciones en las organizaciones sanitarias. El conocimiento de la incidencia e impacto de los EA es sólo un
primer paso en la gestión del riesgo clínico en el primer nivel asistencial y su prevención se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables Además, es necesaria la extensión de la utilización de instrumentos como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), el estudio de incidentes o el análisis de causas raíz (ACR) para tratar de evitar lo fácilmente evitable, reducir aquello que es más difícil de prevenir y mitigar las consecuencias de los mismos. La Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud 2015-2020 en el despliegue de la línea estratégica 2 de Buenas Prácticas, propone el desarrollo en cada organización sanitaria de planes de seguridad que permitan en su diseño una toma de conciencia de los principales riesgos y una respuesta inicial planificada que permita realizar una progresiva gestión de riesgos al equipo. El objetivo de este proyecto de mejora es el de diseñar y poner en marcha un programa de seguridad clínica para la atención urgente en el equipo de atención primaria de Tauste. El programa consiste en detectar aquellos procesos que suponen un riesgo para el paciente y si es posible eliminarlos, reducirlos o, al menos, mitigar sus consecuencias. Considerar también un plan de respuesta ante un evento adverso que facilite una atención adecuada al paciente y familia y a los profesionales del equipo implicados. Este abordaje tiene especial dificultad en la AP, donde la atención se realiza de manera longitudinal y con cierto grado de incertidumbre.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1) Mejorar la atención urgente por parte del EAP de Tauste, reduciendo el riesgo de incidentes o eventos adversos.
2) Garantizar una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso para el paciente y familia y para los profesionales implicados (plan de crisis).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Desarrollo de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) del proceso de atención urgente del EAP de Tauste que permita identificar los puntos críticos y generar áreas de mejora para la atención en el propio centro y para la atención fuera del centro (domicilios o vía pública).

2) Elaborar un plan de crisis consensuado y adaptado al equipo para dar una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso para el paciente y familia y para los profesionales implicados realizando una adaptación de los algoritmos de la Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Desarrollo de un AMFE: a)Existencia de los flujogramas de atención urgente tanto de asistencia en el propio centro como de atención a domicilio o vía publica.b)Listado de puntos críticos de ambos flujogramas.c)Existencia de matriz de priorización de actividades de mejora para priorizar las mejoras de ambos flujogramas en función de NPR.d)Seleccionar 3 acciones para desplegar a lo largo del año 2017.e)Evaluación de las 3 acciones desplegadas.

2) Existencia de un plan de crisis escrito y pactado del equipo de atención primaria de Tauste de respuesta tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año

Cronograma de actividades:

Proyecto: 2016_0793 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1) Constitución de equipo de trabajo y diseño de los flujogramas de atención urgente con los puntos críticos: nov-dic 2016
2) Creación de registro de incidencias y priorización de las acciones de mejora: enero 2017
3) Despliegue de las 3 acciones con mayor prioridad y factibilidad según NPR: febrero septiembre 2017
4) Elaboración de un plan de respuesta para situaciones de crisis asistencial con evento adverso: febrero- septiembr 2017
5) Evaluación del proyecto y redacción del informe final: octubre-diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.
El equipo de trabajo distribuirá responsabilidades a los 8 participantes de tal forma que los componentes lideren una actividad del proyecto.

Bibliografía:
1) Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (España), 2008.
2) Torijano Casalengua, ML;Astier Peña, MP;Mira Solves JJ El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones Aten Primaria, 2016; 48(3). Marzo 2016.Doi:10.1016/j.aprim.2016.01.002
3) Astier Peña, MP;Torijano Casalengua,ML;Olivera Cañadas G Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria, 2016. ; 48(1). Enero 2016. Doi:10.1016/j.aprim.2015.08.001.
4) Vincents Ch, Amalberti R. Safer Healthcare. Springer: 2015, London. First edition..5). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad: 2015.

10. OTRO ENFOQUE. Seguridad del Paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SEGURIDAD DEL PACIENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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
4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Nombrar responsable y componenetes 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 al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
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

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia
Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013
Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras
Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto
Registro en OMI-AP
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.
Registro de las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas y sala de urgencias
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).

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, estatinas en combinación en prevención primaria, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Revisión de pacientes en tratamiento con estatinas en combinación en prevención primaria (sí/no).

Proyecto: 2016_1328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE

Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.
% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1334 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

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. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· TENA DOMINGO INMACULADA. MATRONA. CS TAUSTE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del centro de salud de Tauste de 2017, es una continuación y ampliación del Proyecto Asistencial con el mismo titulo que se realizó en 2016.
Se basa en un trabajo grupal realizado por una parte entre Servicio de Pediatría y Matrona del equipo, realizándose unas charlas para embarazadas y en segundo lugar entre Servicio de Pediatría y distintas entidades de la zona, fundamentalmente S Educación (Guardería, Colegio, IES), S Sociales de Base del Ayuntamiento Tauste, S de Atención Temprana Ejea...
A lo largo del año pasado el Servicio de Pediatría detecta primero una aceptación y buenos resultados de las charlas dadas a embarazadas, por lo que propone mantenerlas y crear por parte de la matrona un grupo de “crianza”. Por otra parte se detecta un incremento en el nacimiento de menores de nacionalidad marroquí y una llegada de familias marroquíes con menores, cuyas madres no hablan prácticamente castellano por lo que es difícil la comunicación. Además presentan unas diferencias culturales importantes en el cuidado y atención a los menores.
Todo esto se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las Actividades Comunitarias lo que nos parece útil, práctico y con posibilidad buenos resultados. Se pretende así mantener y ampliar los objetivos del proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se valora como positiva la realización de unos talleres con mujeres árabes con el fin de acercarnos y mejorar relaciones, de manera que mejore la salud de esta población infantil que nos parece especialmente vulnerable.
Los talleres tienen como objetivo un aprendizaje desde preparto, postparto, planificación familiar, temas pediátricos asistenciales, cuándo hay que ir al pediatra, servicio de urgencias o que se puede hacer en casa ante una situación que requiera de asistencia medica, importancia de la higiene alimentación afectos etc., acercar la institución del colegio actividades extraescolares y participación en la vida social.
La actividad va dirigida a: niños de 0 a 14 años, embarazadas y madres en crianza, grupo de niños “vulnerables“ a través de talleres a madres de las características descritas.
Resultados Promoción y Educación para mejorar la Salud Infantil.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Comunicación de ampliación de proyecto al EAP.
Reuniones con Embarazadas cuando la Matrona considere oportuno según número de ellas y posteriormente reuniones "grupo de crianza".
Reuniones con Educación, Servicios Sociales, Ayuntamiento y posibles personas implicadas para llevar a cabo la realización de los talleres con mujeres árabes (con la participación de Pediatra y Enfermera de Pediatría, Matrona, Trabajadora Social, TS Colegio Tauste, TS y Educadora Social de Ayuntamiento, voluntarias Cruz Roja y mediadoras árabes para cuidados de menores y traducción).
Se contacta con dichas mujeres tras la realización de un folleto informativo con la colaboración del Ayuntamiento de Tauste.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de reuniones realizadas y número de asistentes
Número de talleres realizados y número de sesiones
Número de profesionales participantes.
Encuesta de satisfacción a participantes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo: Realización de Taller
Junio-Octubre: Reunión embarazadas Inicio grupo Crianza
Noviembre-Diciembre: Reunión de Embarazadas
Posibilidad de plantear nuevo taller con otros grupos de familias.

9. OBSERVACIONES.
El proyecto de los Talleres está puesto en conocimiento del Consejo de Salud de la zona y cuenta con su aprobación.
El Taller de encuentro con familias árabes tiene puesto el título en los folletos de ENCUENTROS CON TÉ.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1334 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Es una accion comunitaria de promoción y educación de la Salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1675 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-estatinas en combinación en prevención primaria,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, estatinas en combinación en prevención primaria, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Revisión de pacientes en tratamiento con estatinas en combinación en prevención primaria (sí/no).

Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS JACA PINZOLAS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ RUIZ VICTORIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· ALGARABEL LAFUENTE PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAUSTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1679 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TODOS SABEMOS Y PODEMOS PINTAR

2. RESPONSABLE ..... MARIBEL MORATLLA LOPEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL GARCIA MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A nuestro C. de Salud acuden muchos usuarios en situación de soledad que se beneficiarían de alguna actividad creativa y de comunicación con otros usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Usuarios en situación de soledad y/o con inquietudes artísticas.
Promover el envejecimiento activo.
Favorecer relaciones interpersonales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión de EAP para dara conocer el proyecto y facilitar la captación de usuarios.
Material de pintura, cartones reciclados, power point,..

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Usuarios que habiendo confirmado su asistencia relaizan la actividad.
Encuesta de satisfacción.
Usuaris que habiendo realizado la actividad han continuado realizando alguna actividad artística.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizarán 3 talleres de 3 meses de duración cada uno.
Inicio en Septiembre y finalización en Junio, con la idea de dar continuidad al proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UNIVERSITAS

2. RESPONSABLE ..... LUCIA DIESTE AISA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ DIEZ MARIA CAMINO. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA DE MIGUEL SANTIAGO. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· SEDILES CABELLO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· JORDAN PEREZ MARIA MAR. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· LIEVANO SEGUNDO PAOLA. MIR. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PERALTA GINES MARIA. MIR. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MUNIESA GRACIA PAULA. MIR. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Cirugía Menor es una actividad desarrollada tradicionalmente en AP.
Realizarla de forma programada, protocolizada y con procesos definidos y evaluables mejora la calidad, aumenta la seguridad y satisfacción del paciente al atender a sus necesidades, aumenta la motivación y satisfacción de los profesionales al mejorar conocimientos y habilidades y obtiene un resultado en el servicio sanitario con un coste razonable.

La detección como oportunidad de mejora se establece en la Autoevaluación del Contrato de Gestión (CG) y el método de Priorización que se utiliza es la valoración de la factibilidad del proyecto por parte del grupo de mejora al concurrir una serie de circunstancias favorables en su desarrollo:
Motivación de los profesionales, experiencia y formación,
Estructura y material necesario,
Demanda en las consultas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desarrollar el programa de CM programada en el CS Universitas:

Atender la demanda: diagnosticar y tratar lesiones cutáneas incluidas en el protocolo de CM en AP.
Mejorar las habilidades y la colaboración de los profesionales sanitarios.
Aumentar la seguridad clínica de los pacientes al aplicar un protocolo consensuado y revisado.
Disminuir la derivación a Especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El coordinador y grupo de mejora elaboran el Programa. Para ello comparten los conocimientos y experiencias anteriores, revisan los protocolos de CM en AP y adaptan el programa a las necesidades y posibilidades del CS.

Todas las actividades las realizará siempre un equipo formado como mínimo por una persona de Medicina y una de Enfermería. El equipo de mejora se reunirá una vez al mes para controlar el desarrollo de las actividades y del programa.

Se analizan y definen las necesidades:
Estructura: Consulta y material necesario:
Mobiliario: camilla, mesas auxiliares, luz, contenedores.
Equipo básico de reanimación.
Material quirúrgico: bisturí eléctrico, equipo y material de curas.
Colaboración con Anatomía Patológica.
Organización (Estrategia): se establece un modelo de equipos quirúrgicos que se componen de un profesional de Medicina y uno de Enfermería que realizan las intervenciones siguiendo el protocolo y asumiendo la demanda que se vaya generando en el CS.

Se definen los Procesos de los que se compone el Programa:
Diagnóstico y Captación: Demanda en consulta de Medicina y Enfermería
Protocolo de Intervención.
Lesiones: las definidas en el protocolo de CM.
Tratamiento: con las distintas técnicas de CM.
Seguimiento: en consulta de Enfermería ó Medicina
Control y registro de complicaciones y resultados de Anat Pat.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de Actividad:
Nº de lesiones tratadas en programa. Se obtendrá con el registro OMI.
Indicador de Calidad:
Porcentaje de correspondencia de diagnóstico clínico- anatomopatológico:
Nº de diagnósticos concordantes/ nº de diagnósticos no concordantes x 100.
Se calculará al comprobar siempre el diagnóstico Anatomopatológico. El Objetivo mínimo es una concordancia del 85%.

Proyecto: 2016_0670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UNIVERSITAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: Adecuación de la sala, Revisión de necesidades de material.
Noviembre 2016: Revisión del Protocolo. Información al Equipo
Diciembre 2016: Inicio de la actividad.
Marzo 2017: Evaluación del desarrollo del programa. (1ª evaluación)
El Programa debe estar integrado en la actividad del CS.
Junio 2017: 2ª evaluación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0862 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

2. RESPONSABLE ..... PAOLA LIEVANO SEGUNDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUNIESA GRACIA PAULA. MIR. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PERALTA GINES MARIA. MIR. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· LIZANDRA FRON PEDRO MANUEL. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· BONET JIMENO CARMEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· TEMPORAL VISUS ANTONIO. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· FONT RIERA MONTSERRAT. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR TEJERO PILAR. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como una limitación crónica al flujo aéreo, poco reversible, asociada principalmente al humo de tabaco. Presenta una prevalencia en los adultos de 40 - 80 años en España del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres), aunque varía según áreas geográficas.
La EPOC supone un problema de salud pública por su elevada morbimortalidad y frecuentemente es infradiagnosticada. Constituye la cuarta causa de muerte países de nuestro entorno. Se calcula que su prevalencia y su mortalidad alcancen su máximo en las próximas 2-3 décadas.
Prevención: De cara a la prevención la deshabituación del consumo de tabaco es la medida más eficaz para prevenir y frenar su progresión y en segundo lugar la detección precoz en individuos con síntomas.
Clasificación: La EPOC presenta una gran heterogeneidad (diversidad fenotípica) que influye de forma diferente en la evolución natural de la enfermedad, sobre todo en formas avanzadas. Por esto es importante identificar el fenotipo en cada caso para poder realizar un buen manejo.
Tratamiento: El objetivo del tratamiento farmacológico es prevenir y controlar los síntomas de la enfermedad para reducir la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones y mejorar el estado general de salud de los pacientes.
Existen las guías clínicas GOLD- GesEPOC con evidencia científica que ha sido desarrollado para el manejo de pacientes con EPOC independientemente del centro o el médico al que haya acudido. Tienen como objetivo clasificar, diagnosticar e indicar tratamientos adecuados en cada caso.
El objetivo de esta propuesta de línea de mejora es la adecuada difusión e implantación de las recomendaciones propuestas en esta guía, intentando ayudar a conseguir unos mejores resultados clínicos.

Bibliografía:
1. Estrategia Nacional en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política social [consultado Ene 2013]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/frmJornadaEpoc.htm.
2. Almagro P, Salvadó M, Garcia-Vidal C, Rodriguez-Carballeira M, Delgado M, Barreiro B, et al. Recentimprovement in long-term survival after a COPD hospitalisation. Thorax. 2010; 65:298-302.
3. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García. Metodología e impacto clínico de los estudios de mortalidad en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2008; 44(Supl 2):21-8.
4. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Disponible en: http://www.goldcopd.org.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar en el diagnóstico y seguimiento de paciente con EPOC, mediante la implantación de las recomendaciones propuestas por las guías clínicas GOLD en nuestro centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
o Sesión clínica multidisciplinar de divulgación donde se obtendrá información sobre la metodología actual y se informara de la línea de mejora (realizada por coordinador línea de mejora).

o Analizar el número de espirometrías realizadas en nuestro centro (realizada por coordinador/equipo línea de mejora).

o Analizar los datos epidemiológicos de la enfermedad en nuestro centro obtenidos del OMI (realizada por coordinador/equipo línea de mejora).

o Se propondrá una plantilla en formato Word. Plantilla de fácil uso y que contenga de manera resumida los criterios de clasificación, tratamiento más adecuado en cada caso y si es necesario alguna intervención (realizada por coordinador/equipo línea de mejora, equipo médico del centro).

o Espirometrías: se elaborar un protocolo en conjunto con enfermería para su correcta realización y correcta interpretación (registro en OMI, mantenimiento de espirómetro, sesiones de formación). Realizada por coordinador/equipo línea de mejora.

o Formación multidisciplinar sobre tratamientos por vía inhalatoria (realizada por coordinador/equipo línea

Proyecto: 2016_0862 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

de mejora).

o Se redactaran hojas de información al paciente en un lenguaje sencillo los temas como uso de inhaladores, deshabituación tabáquica y recomendaciones generales (realizada por coordinador/equipo línea de mejora).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº se sesiones formativas (al menos tres).
- Nª de espirometrías realizadas antes y después.
- Nº de protocolos elaborados.
- Nº hojas de información.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Noviembre 2016: Sesión clínica multidisciplinar de divulgación, recolección de datos de espirometrías y solicitar epidemiológicos. Desarrollo de protocolos y hojas de información.

Noviembre 2016 a Abril 2017: Sesiones formativas y se inicia el uso de plantilla en consulta.
Mayo de 2017: Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1649 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UNIVERSITAS

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.
· LIZANDRA FRON PEDRO MANUEL. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MANERO ADRIANA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuación de prescripción de medicamentos: 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,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 propuestOs

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION AL CUIDADOR DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

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.
· BONED JIMENO M CARMEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· SEDILES CABELLO ANABEL. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· LUJAN SERRANO MARIA VIRGINIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ARNAL RAMON. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ DIEZ MARIA DEL CAMINO. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· AMORES GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR TEJERO PILAR. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
PERTINENCIA DETERIORO COGNITIVO
FALTA INFORMACION DEL CUIDADOR

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR CONOCIMIENTOS CUIDADOR E INCENTIVARLO
CONTACTAR VOLUNTARIADO
LEY DEPENDENCIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
TEST CUIDADOR
TEST PACIENTE
CHARLA CUIDADOS Y ESTADIOS
VOLUNTARIOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INCLUIR APROXIMADAMENTE 30 PACIENTES
REPETIR TEST EN 3 MESES PARA EVALUAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACION 6 MESES
INICIO SEPTIEMBRE

9. OBSERVACIONES.
ESTUDIO ABIERTO AL AMBITO EAP

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO CON CORAZON

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.
· SANCHEZ GARCIA ALICIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Conforme las personas se hacen mayores aparecen modificaciones y alteraciones en el estado de salud físico y psicológico. Estos cambios son progresivos pero hay evidencia cientifica con la que se demuestra que el ritmo de degeneración se puede modificar con la actividad física. El ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los ancianos. El realizar ejercico regularmente aumenta la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas como las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad,en definitiva mejora la calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
Prevenir y reducir la discapacidad y prolongar
su independencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-10 minutos de estiramientos y calentamiento suaves
-20 minutos paseando por el parque y educandolos en unos buenos habitos higienico-dieteticos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Usuarios que quieren participar en el programa de todos a los que se les ha ofertado la actividad.
Usuarios satisfechos con la actividad realizada atraves de encuesta de satisfaccion
Valorar mejora de valores de tension arterial y peso

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE :
MARTES Y JUEVES :8,15H A 9H
NOVIEMBRE
MARTES Y JUEVES :8,15H A 9H
DICIEMBRE:
MARTES Y JUEVES :8,15H A 9H
continuaremos en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CARRIQUIRI MILIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OTAL VALLES MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· JORDAN PEREZ MARIA MAR. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

Proyecto: 2016_1683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... ALICIA SANCHEZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RANDET LATORRE VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ROMAN DIEZ MARI FE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MINGUILLON CASTILLO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MOLINES MATEO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

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.
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ RUIZ ANA. MATRONA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ MURILLAS PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GASTON FACI ANA. PEDIATRA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Satisfacción de los usuarios
- Asistencia al taller
- Realización de sesiones relativas a la crianza.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fomentar la lactancia materna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1619 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UTEBO

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN BRUN ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOU ARNAL SALVADOR. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ ESTELLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario. 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia,
-uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia y antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica.
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISLIPEMIAS, DIGESTIVO, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA, MATERIAL SANITARIO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1693 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LOU ARNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias

Proyecto: 2016_1704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1707 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

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.
· RUIZ MURILLAS PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GARVI SOLER PAULA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· CANDAO MARIN REYES. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR. NUTRICIONISTA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· ORTILLES GARCIA MARTA. PEDIATRA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS BASCUAS TERESA. PEDIATRA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir las prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 14 años
- Promover una alimentación saludable a nivel familiar y comunitario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 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.
-

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- 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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sobrepeso y obesidad infantil
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE ESCALAS DEVALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION

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.
· BARCENA CAAMAÑO MARIO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· OTO NEGRE ANTONIO LUIS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLARES ANDRES ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ATANCE MELENDO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones
respiratorias más frecuentes en nuestro medio. La FAA representa una causa nada despreciable de absentismo laboral, de hasta 6,5 días de media de baja laboral por episodio .
Es también una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país, con una tasa aproximada de prescripción del 80%. A pesar de ello, la causa más frecuente de etiología bacteriana, la producida por Streptoccus pyogenes estreptococo ß-hemolítico del grupo A (EBHGA) el %-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos (2,3).
En la práctica habitual, el diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos (fiebre, exudado amigdalar, adenopatia cervical anterior y ausencia de tos), que tienen una baja sensibilidad para predecir infección por EBHGA (49-74%), por lo que la indicación de la prescripción antibiótica aumenta al haber un gran número de falsos positivos .
Para el diagnóstico de la FAA la prueba de referencia es el cultivo de exudado amigdalar, cuya sensibilidad y especificidad son muy elevadas (90-95% y >95% respectivamente) .
Control de las manifestaciones clínicas:
-Escalas de predicción: Criterios de Centor.
-Métodos microbiológicos.
-El cultivo faríngeo es la prueba de referencia.
-Pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (Strep A) Streptoccus pyogenes o estreptococo ß-hemolítico del grupo A.
-EBHGA es el causante del 20 - 30% de todas las faringoamigdalitis en niños 5 -15% en adultos.
-Es habitual la existencia de portadores asintomáticos, principalmente entre los niños (20%) (En adultos 5%).
La faringoamigdalitis aguda (FAA.) es una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país: tasa aproximada de prescripción del 80%.
La estrategia que ha demostrado mejor cociente coste-efectividad, es realizar pruebas antigénicas rápidas a los pacientes con mayor probabilidad de infección por EBHGA. (Streptoccus pyogenes o estreptococo ß-hemolítico del grupo A), y tratar en base al resultado, los casos positivos. Desde este punto de vista, la mejor recomendación para los pacientes con dos o más criterios de Centor sería realizar técnicas rápidas de detección de antígenos (StrepA).
2. Características clínicas específicas en base al germen etiológico de la faringoamigdalitis aguda (FAA).
3. Criterios para la discriminación en (FAA).
4. Criterios de Centor y probabilidad de infección por estreptococo ß-hemolítico del grupo A.
5. Diferencias clínicas entre faringoamigdalitis viral y bacteriana.

Oportunidad de Mejora.
Para los pacientes:
Mayor grado de satisfacción en la atención recibida en este tipo de procesos.
Para los profesionales:
Un mejor uso de los antibióticos en las consultas de A.P.
Para la Administración:
Disminución de las D.D.D. de antibióticos en los EAPs.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Mejorar el uso correcto y racional de los antibióticos, en los EAPs de salud, consultas de AP.
2- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso (FAA).
3- Disminución del gasto farmacéutico en A.P.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran sesiones formativas (clínicas), del EAPs para la puesta en funcionamiento de esta asistencia

Proyecto: 2016_0291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE ESCALAS DEVALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION

clínica en las consultas del CS. Valdefierro.
Para esto se revisara la Guía clínica para el manejo de la Faringoamigdalitis aguda del adulto.
Se revisara la técnica de la determinación rápida del StrepA por parte del Equipo de Enfermería y en sesión formativa para el EAPs.
Así como para las consultas de GEDEN gestión de enfermería a demanda, en procesos agudos.

Evaluación de los aspectos imponderables como:

-Abastecimiento en almacén, (ya subsanado).
-Localización de los test.
-Conocimiento de todos los miembros del EAPs. de la técnica en el CS.
-Implementación de la técnica en las consultas del EAPs.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disminución de D.D.D. de antibióticos más usados en AP. para el tratamiento de la FAA. y evitar la duplicidad de la petición de consulta de los pacientes por FAA.
Corte de cartera de Servicios en AP.
Encuesta de satisfacción del usuario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuidad de la implementación 2016 .
Evaluación a través de sesiones de Equipo cada seis meses programa ISO 9001del EAPs Valdefierro.
Evaluación anual del programa Mayo 2017.
El EAPs. cree necesario el seguimiento de esta actividad y continuar con la implementación de la técnica por todo el EAPs. de Valdefierro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS. CS. VALDEFIERRO 2016

2. RESPONSABLE ..... LUCIA BARTOLOME LALANZA
· 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. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ATANCE MELENDO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· FUSTERO RAMOS LOURDES. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GIL GIMENEZ NEREA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA LORETO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El aumento del número de pacientes en las consultas de pediatría (cercanos a los 1200 pacientes por cupo de pediatría en Valdefierro), la gran frecuentación (justificada por el alto número de lactantes) y el prolongado tiempo de espera antes de acceder a la consulta, justifica la búsqueda de soluciones para agilizar las consultas de pediatría.

-Objetivo.
Uso racional de la tecnología (teléfono y correo electrónico) con el fin de agilizar la consulta diaria de pediatría de atención primaria, para una serie de problemas que no requieren una consulta presencial.
Disminuir el tiempo de espera del usuario.
Palabras clave.
Consulta telefónica, consultas por correo electrónico en pediatría.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Mejorar el uso correcto y racional de las consultas de pediatría y enfermería pediátrica en el EAP de salud.
2- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. por haber menos tiempo de espera.
3- Disminución del tiempo que pierden los padres esperando a una consulta presencial en A.P. y por tanto aumento de la satisfacción del usuario de estas teleconsultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1º Se realizará una revisión bibliográfica de tema. Recopilación de experiencias similares en nuestro ámbito
2º Se seleccionarán los temas a tratar en este tipo de consultas:
-consultas puntuales (dudas sobre dosis, puericultura..),
-información sobre resultados de laboratorio (orinas de control, analíticas de rutina, resultados con niño sano..),

-resultado de RX de control…
-Renovación de recetas crónicas…

- Se establecerán los temas NO aptos para estas consultas:

-patologías que entrañan gravedad
-síndrome febril,
-patologías que requieren exploración e inspección…

3ºDiseño de agenda para la citación de estas consultas.

4º Diseño del correo electrónico y puesta en marcha.

5º Presentación del proyecto al Consejo de Salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A través de encuesta de satisfacción del usuario, y Consejo de Salud de Zona CS. Valdefierro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se puso en funcionamiento en Junio 2015 y el EAPs. cree necesario su seguimiento de la implementación así como su total conocimiento por el mismo y por la población del barrio, durante el proximo año 2017 y su posterior evaluación en Marzo 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños

Proyecto: 2016_0470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS. CS. VALDEFIERRO 2016

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ver proyecto.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0516 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

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. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.
- REUNION EN SESION CLINICA PARA EL EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- NUMERO DE DERIVACIONES.(REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SESION CLINICA INFORMATIVA Y DIFUSION, IMPLEMENTACION Y DESARROLLO EN NOVIEMBRE DE 2016.
EVALUACION EN JUNIO 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POBLACION GENERAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1620 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP VALDEFIERRO

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.
· BARTOLOME LALANZA LUCIA. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS. PEDIATRA. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· OTO NEGRE ANTONIO LUIS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· TORRES RUBIO FERNANDO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VELA CONDON PABLO ANTONIO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de prescripción incluídos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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 en el punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1620 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP VALDEFIERRO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1642 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

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.
· RERO GUIMERA MARIA JESUS. TCAE. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SAENZ LAFUENTE LAURA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLARES ANDRES ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA LORETO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BUIL LANGARITA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Gestión de riesgos: material sanitario, sala y maletín de urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1642 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1657 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BLASCO PEREZ-ARAMENDIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARTOLOME LALANZA LUCIA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA LORETO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDEFIERRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BARCENA CAAMAÑO MARIO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· OTO NEGRE ANTONIO LUIS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1112 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ROYO SARTO
· 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. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La actuación de los servicios de admisión en diversos procedimientos se ve truncada ocasionalmete por la estacionalidad de los contratos, requiriendo en ocasiones un periodo formativo en el mejor de los casos, o una discontinuidad de servicios en el peor. La unificación y registro escrito de dichas actuaciones en forma procesal / algorítmica puede contribuir a disminuir la variabilidad mejorando el funcionamiento del servicio de admisión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Gestión alta y modificación de usuarios
Circuito de urgencias
Libro de procedimientos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES
Creación con los profesionales de los servicios de admisión de los equipos de un libro de procedimientos .

OFERTAS
Libro de procedimientos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de informe con las medidas adoptadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.
Colaboración con Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1114 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SARASA BELLOSTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFITA MAINZ SERGIO. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente y en el de uso racional de medicamento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer las pautas de emisión, recepción, distribución, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en un equipo de atención primaria

Establecer las pautas de solicitud, recepción, distribución, conservación y revisión del material fungible de los Equipos de atención primaria

Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado.

Mejorar la gestión de estocajes, evitando el acumulo de medicamentos y materiales innecesario en los centros favoreciendo la eficiencia de los mismos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Visita de los responsables que designe la DAP al almacén del centro de salud para realizar el diagnostico de la situación.
Información sobre los procedimientos establecidos.
Facilitación del soporte documental y de almacenamiento requerido en cada caso, (etiquetas, regletas de soporte, contenedores, etc)
Reordenación del almacén si procede.
Visitas de seguimiento y evaluación por parte de los responsables.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Acta de reunión de inicio.
Evaluación de la instauración del procedimiento: si/no.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Visita de los responsables : enero marzo 2017.
Facilitación del soporte documental y de almacenamiento enero abril 2017
Seguimiento marzo diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1118 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de profesionales y ciudadanos de métodos alternativos de consulta, que puedan dar cabida a una asistencia no presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS
La población diana es el conjunto de usuarios del SALUD y los servicios implicados son tanto los asistenciales (pediatría, med. de familia, enfermería) como los servicios de admisión

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OFERTA
Consulta no presencial (telefónica, email, etc…)
ACTIVIDADES
-Creación de protocolos y circuitos
-Dentro del Libro de procedimientos administrativos a instaurar, subepígrafe específico
-Formación administrativos
- Implantación, monitorización

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5% de las consultas de medicina y 10% de las de enfermería serán de este tipo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Creación de protocolos y circuitos –hasta dic. 2016
-Dentro del Libro de procedimientos administrativos a instaurar, subepígrafe específico –hasta feb. 2017
-Formación administrativos feb. 2017
- Implantación, monitorización feb-2017- continuidad

9. OBSERVACIONES.
Colaboración con Dirección de Derechos y garantías del usuario

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1119 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DEL BOTIQUIN, MALETIN Y EQUIPAMIENTO LA SALA DE URGENCIAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer las pautas de estocajes, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en la sala y maletín de urgencias

Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado o de equipos con funcionamiento precario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES
Visita de los responsables que designe la DAP a las sala de urgencias para realizar el diagnostico de la situación.
Información sobre los procedimientos establecidos.
Facilitar el apoyo técnico necesario para conseguir los objetivos descritos.
Visitas de seguimiento y evaluación por parte de los responsables.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Acta de reunión de inicio.
Existencia de evidencias de control de stock : si/no.
Existencia de control de equipamiento: si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Visita de los responsables: enero marzo 2017.
Facilitación del soporte documental y apoyo: enero abril 2017
Seguimiento marzo diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_1120 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

HIGIENE DE MANOS

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. El incorporar los momentos específicos para la acción de la higiene de las manos en el flujo de trabajo del personal sanitario es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la higiene de manos en la práctica clínica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES
- Formación
- Posicionamiento de hidroalcoholes
- Creación de herramientas de apoyo documental
OFERTA
Posicionamiento de hidroalcoholes a disposiciónde los profesionales en los lugares más indicados en cada centro
Formación y difusión de material para una correcta higiene de manos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de informe con las medidas adoptadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Formación: primer trimestre 2017
- posicionamiento de hidroalcoholes: primer trimestre 2017
-Creación de herramientas: primer trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0733 ()

1. TÍTULO

CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA AZNAR ARRIBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... ESAD ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ BUENO MARIA PILAR. MEDICO/A. ESAD ZARAGOZA 3. ESAD
· RAMIRO MARIN MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. ESAD ZARAGOZA 3. ESAD
· DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 3. ESAD
· LAPUERTA ALCAZAR CARMEN. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 3. ESAD

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existen pacientes que entran en agonía en su domicilio, el control de síntomas es muy importante. Muchas veces la vía oral no es posible y se precisan fármacos por vía subcutánea, que no siempre están accesibles en el Centro de Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los facultativos que acudan al domicilio a atender una situación de agonía, tengan accesibles en el Centro de Salud medicación y pautas de tratamiento, según síntomas.
La persona que quiera fallecer en su domicilio pueda hacerlo libre de síntomas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Preparación sesión clínica con las pautas de tratamiento y cuidados en la agonía. (Luisa Aznar)
2- Exposición en los EAP del Sector que lo deseen (Luisa Aznar, M. Pilar Ruiz)
3- En los Centros quede preparado un paquete con la medicación necesaria para controlar los síntomas de la agonía, con un responsable de su revisión periódica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Número de EAP que soliciten la sesión clínica
2-Número de Centros de Salud que dispongan de la medicación necesaría para control de síntomas en agónia,habilitado en un lugar específico y accesible en el Centro de Salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2017 a noviembre 2017
-Enero a mayo: charlas a los Centros de Salud que lo soliciten
-De mayo a octubre: coordinación con responsable del Centro de Salud para suministrar los fármacos necesarios.
-Noviembre: llamar telefónicamente a los Centros de Salud para comprobar que disponen de dichos fármacos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad terminal.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0885 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PINILLA LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CARDIOLOGIA
· CARO CAVERO FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La insuficiencia cardiaca (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. 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. Los pacientes sufren síntomas incapacitantes como fatiga y disnea, que suelen conllevar la salida de la vida laboral, sedentarismo, baja autoestima y depresión. Desconocen cómo va a ser la evolución de su enfermedad, tienen dudas sobre cómo manejar correctamente el tratamiento prescrito, la dieta que deben seguir y qué actividades de su vida diaria pueden realizar o cuales deben abandonar.
Mejorar la calidad y la cantidad de información de los pacientes con IC puede suponer una mayor adherencia terapéutica, unos menores índices de ansiedad y depresión y una mayor seguridad del paciente y sus familiares a la hora de hacer frente a su patología. También puede contribuir significativamente a disminuir los reingresos y, por tanto, a disminuir el coste sanitario.
Todo ello enmarcado en un momento en el que la educación sanitaria es un elemento prioritario; el objetivo es promover la autogestión en el paciente. Un paciente responsable es capaz de una mayor gestión de su enfermedad, así como los tratamientos y controles que debe llevar a cabo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es crear un documento en forma de tríptico con información clara, comprensible, rigurosa y suficiente sobre los aspectos más relevantes de la IC, con la intención de conseguir pacientes más responsables y comprometidos con su enfermedad, promoviendo la autogestión sanitaria.
Creemos que este cambio supondrá una clara mejora en la calidad de vida de estos pacientes, mejorando sus niveles de ansiedad y depresión, y evitando reingresos, con el consiguiente ahorro económico que esto supone.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Procedimiento a seguir:

1 Identificar en consultas las preguntas y dudas más frecuentes en lo referente a la IC y su tratamiento para darles respuesta

2 Aportar otros conocimientos, que, aunque no constituyan una duda habitual en la consulta, los profesionales sanitarios que atendemos a estos pacientes consideramos que suponen una información útil, tales como nociones básicas de la fisiopatología de la IC, importancia del control de los FRCV, o el manejo ambulatorio de los diuréticos

3 Establecer una pauta homogénea de información oral, por parte del personal médico y de enfermería, de forma que no la reciban únicamente por escrito, sino que se profundice en cada una de las visitas presenciales

4 Crear un soporte físico de información para el paciente y la familia en forma de tríptico en el que se recoja de forma clara, rigurosa y comprensible información sobre la patología, los FRCV, los tratamientos y aclaraciones de las dudas más frecuentes

5 Elaborar y adjuntar al tríptico informativo un programa de dosificación de los diuréticos en función de los síntomas y el peso

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.

El proyecto será elaborado de forma conjunta por el personal médico y de enfermería de la consulta de cardiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizaremos una encuesta al paciente sobre el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y en la autogestión de su enfermedad. Ésta tiene un condicionante subjetivo, pero la consideramos útil. Incluirán un apartado de “sugerencias” que nos ayuden a mejorar.

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.

Proyecto: 2016_0885 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

También se dedicará un tiempo trimestralmente para realizar balance sobre si la asistencia realizada a partir del momento en que se ponga en marcha el proyecto está cumpliendo las expectativas previstas (entrega y explicación del material al paciente...)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Establecemos un tiempo de 2 meses para reconocer las dudas más frecuentes que surgen en consultas y plantearnos los puntos que son necesarios reforzar en este tipo de pacientes.

Una vez recogidos estos datos, a lo largo del siguiente mes se realizará el documento informativo en forma de tríptico que se repartirá a los pacientes, junto con las tablas de control y dosificación ambulatoria de diuréticos.

Posteriormente, se realizarán las encuestas de satisfacción y recogida de datos de adherencia en las visitas que se realicen a lo largo del primer año de seguimiento de cada paciente.

Los primeros resultados podremos recogerlos a los 6 meses y al año de haber comenzado a repartir los trípticos.

9. OBSERVACIONES.
Corrección del proyecto 656

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0912 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CITAS EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA EN EL C.S. CINCO VILLAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ CINTO NURIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CONSULTAS EXTERNAS
· PINILLA LOZANO MARIA JESUS. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CARDIOLOGIA
· BERMEJO SIPAN VIRGINIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PEREZ TRIS GEMA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PEREZ RODRIGUEZ GUADALUPE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MIGUEL DOMINGUEZ MIRIAM. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OROZ BAINES INMACULADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En Enero de 2016 se produjo un cambio en el funcionamiento de la consulta de Anestesia, en el Centro Sanitario Cinco Villas, con el objetivo de disminuir el número de pruebas complementarias innecesarias realizando una valoración previa del paciente y realizándolas en esa misma consulta en caso necesario.

Tras 9 meses de funcionamiento detectamos que los pacientes con patología cardíaca, pendientes de cita por esta especialidad, con frecuencia tenían que volver a acudir a la consulta de Anestesia una vez que fueran vistos en Cardiología; lo que ocasiona un aumento en la lista de espera de Anestesia y desplazamientos innecesarios de los pacientes.

Debido a esto, nos hemos planteado la posibilidad de realizar un cambio en la gestión de citas de manera sencilla y sin coste económico añadido, evitando así la situación descrita anteriormente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestros objetivos son:

- disminuir los desplazamientos innecesarios de pacientes y acompañantes
- mantener la lista de espera para la consulta de Anestesia en tiempos adecuados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El procedimiento a seguir para alcanzar los objetivos planteados es el siguiente:

- Todo paciente pendiente de consulta por Cardiología y que solicite cita con Anestesia será citado primero en la consulta de Cardiología y posteriormente en la de Anestesia, en un plazo no superior a 3 meses desde que solicitó ésta última. Será el personal de citaciones el que compruebe en el sistema si el paciente tiene pendiente una visita con demora por Cardiología e informará al paciente.

- Una vez que ha sido visto en Cardiología y se ha emitido el informe de dicha consulta, el enfermero/a entregará al paciente un volante en el que indique que ya puede ser citado en Anestesia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El seguimiento y control de los resultados se puede hacer mediante una hoja Excel en la que quede reflejado el número de pacientes con patología cardiaca que ha evitado acudir al menos 2 veces a la consulta de Anestesia con la puesta en marcha de esta medida. Por otra parte, también nos interesa incluir el número de pacientes con patología cardíaca que han asistido a la consulta en más de una ocasión y el motivo de ello, para poder proponer otras mejoras. Será el personal de enfermería en la consulta de anestesia el encargado de realizarla.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima el comienzo del estudio en el mes de noviembre y su desarrollo durante el plazo de un año teniendo en cuenta que no todos los meses se programan el mismo número de consultas.
Desde el 1 de Noviembre 2016 hasta el 31 de Octubre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirúrgico con patología cardíaca
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0796 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN EL AREA DE LAS CINCO VILLAS DE ZARAGOZA, MEDIANTE INTERCONSULTA Y SESION CLINICA PRESENCIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA OLIVAN USIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON MARTIN ALEJANDRO. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· MILLAN RUIZ CARLOS. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· PEREZ CABALLERO CARMEN. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN GALVE MARIA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ CALVO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde el 1 de enero de 2015 el extinto Centro Sanitario de Alta Resolución Cinco Villas, pasa a depender del Hospital Clínico Lozano Blesa. Hasta ese momento se realizaba la coordinación entre Atención Primaria y el Servicio de Medicina Interna por videoconferencia. El Servicio de Medicina Interna del Centro Cinco Villas ha incrementado su actividad y ha incluido la consulta externa en su cartera de servicios. Es por ello que se consideró más útil y factible que sea el Centro Cinco Villas quien realicen las interconsultas con los centros de salud, además de existir de esta forma la posibilidad de hacerlo presencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se espera implementar la relación entre los médicos de atención primaria y los de medicina interna; mejorando así la atención a los pacientes y disminuyendo el número de consultas de los pacientes y disminuyendo la demora para la atención a los usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizan reuniones previas con el jefe de servicio de Medicina Interna, los internistas y los coordinadores de los centros de salud implicados. Para conseguir el objetivo se planificará una reunión al menos mensual en la que los médicos internistas se desplazarán a los centros de salud para realizar interconsulta-sesión clínica; según lo pactado en la reunión previa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de consultas realizadas desde medicina interna del Centro Cinco Villas.
Número de sesiones realizadas en los distintos centros de salud.
Cuantificación de la demora en las primeras visitas de medicina interna.
Grado de satisfacción de los profesionales y usuarios con encuesta al año de comenzar el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión de los responsables en junio de 2016.
Inicio en Septiembre-octubre de las interconsultas-sesiones.
Reuniones mensuales en los centros de salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. las atendidas por parte de medicina interna
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0831 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL BOTIQUIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS, EJEA PARA OPTIMIZAR LA ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA TRENC ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN USIETO MARIA TERESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· ANA LONGAS GASPAR. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· VOCES COMBARRO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. URGENCIAS
· BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MACIPE COSTA MARIA PILAR. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. URGENCIAS
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· OLIVAN USIETO TERESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Centro Sociosanitario Cinco Villas de Ejea de los Caballeros, se integró en el SALUD el uno de enero de 2015, pasando a formar parte del sector III y dependiendo estructuralmente del Hospital Clínico Lozano Blesa. Desde entonces se ha producido un aumento tanto en volumen como en complejidad de los pacientes atendidos, lo que conlleva un mayor abanico de fármacos a utilizar diariamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende optimizar la organización y el espacio de la farmacia del servicio de Urgencias, para dispensar una atención a los pacientes más efectiva, especialmente aquellas situaciones que suponen una emergencia médica. Se espera minimizar el número de errores tanto de dispensación como de dilución de los fármacos y disminuir el tiempo orden médica-administración al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir estos objetivos, se llevarán a cabo las siguientes acciones:
- Estudiar la organización de las farmacias de los distintos servicios de Urgencias de Aragón y adaptabilidad a nuestra situación.
- Llevar a cabo una serie de reuniones con el personal de nuestro Servicio de Urgencias para estudiar el tipo de paciente atendido, así como los fármacos más frecuentemente utilizados, mediante la revisión sistematizada de las historias clínicas en el programa PCH.
- Detallar y organizar por principio activo los fármacos que finalmente se incluyan.
- Adecuar el mobiliario del que se dispone solicitando las mejoras pertinentes para su correcta colocación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se valorará a través de una serie de ítems recogidos en encuestas de satisfacción que deberá cumplimentar tanto el personal de enfermería como médico del servicio de urgencias, con vistas a valorar la utilidad del proyecto.
Por otro lado, se cuantificará el tiempo empleado en la administración del tratamiento requerido antes y después de la adaptación de la farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración de seis meses.
Primer trimestre 2017- Estudio organizativo. Gestión del mismo y reuniones pertinentes.
Segundo trimestre 2017- Puesta en marcha, encuestas y satidfacción percibida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0319 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIAS Y SUSARIOS DEL CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA MIR FERNANDEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIAZ VILLARROYA ISABEL. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· FERRER ESTEBAN VICTORIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· BELIO SEBASTIAN OLMOS. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· LANZAN SANCHO MARIA TERESA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se detecta falta de documentacion o manual donde se informacion para entragar a familiares y usuarios en las visitas al domicilia antes del ingreso y durante la estancia en el centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la informacion y taencion a los usuarios y familiares durante su estancia en la unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones bimensuales.
Recabar informacion general del CRP desde administracion, de servicios del centro en las diferentes disciplinas
Derechos y deberes de los usuarios elaborar los apartados de la guia y consensuar en las reuniones del equipo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de familias a las que se les entrega la guia de informacion al ingreso.
% de familiares que observamos conocen las normas durante el ingreso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inicia en junio del 2015 hasta junio del 2016, despues de 12 meses siemdo esta una ampliacion de otros 12 meses empezando en octubre del 2016 y acabando en octubre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR GARCES SOTILLOS
· 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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· ZALBA ETAYO BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· SAENZ ABAD DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CRUSELLS CANALES MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA
· ULLOA LEVIT SUSANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los antibióticos betalactámicos (BL) son fármacos de primera línea en el manejo de gran número de infecciones. Se incluyen penicilinas, cefalosporinas, carbapenemas y monobactamas.
Las reacciones a BL son la causa más frecuente de reacciones adversas a fármacos mediadas por un mecanismo inmunológico.
Un nº elevado de pacientes ingresados en este hospital (10-20%) refieren ser “alérgicos a penicilina, en muchos casos sin presentar una hª clínica sugestiva de alergia, y a veces aportando informes antiguos donde no se han realizado estudios con estándares actualizados. En estos casos, cuando presentan patología infecciosa, se utilizan antibióticos alternativos, no BL, de segunda línea, que, además de presentar mayor posibilidad de toxicidad asociada, son menos coste-eficaces, y por tener un mayor espectro contribuyen a desarrollar resistencias bacterianas. Está demostrado que una evitación innecesaria incrementa la mortalidad, morbilidad y el coste económico en pacientes incorrectamente etiquetados como alérgicos a BL, siendo ésta una de las principales oportunidades de mejora a implementar desde los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Minimizar el impacto de la sospecha de alergia a BL en los pacientes que ingresen en el HCU y precisen tratamiento con estos antibióticos
- Poder tratar a los pacientes alérgicos a penicilina que ingresen en el HCU, con el mejor BL que precisen, cuando su evaluación alergológica estime que pueden utilizarlos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto requiere de un abordaje multidisciplinar con participación de los SS de Alergología y de los SS de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Urgencias, UCI y Farmacia Hospitalaria, integrados en el PROA del HCU. El primer paso consistirá en la creación del equipo multidisciplinar.

Se distinguen estas fases:

I. Elaboración de protocolos de actuación. Se estandarizará:

- El manejo del paciente con sospecha de de alergia a BL. Se consensuará un protocolo de actuación y derivación del paciente que ingresa con sospecha de alergia a BL y precisa antibióticos de esta familia. Contará con la participación de los SS de Alergología, Infecciosas, Medicina Interna, UCI, Urgencias y Farmacia Hospitalaria.

- La evaluación del paciente con sospecha clínica de alergia a BL. El Sº de Alergología realizará un protocolo estandarizando el estudio alergológico en los distintos supuestos que se presentan en la clínica, incluida la desensibilización, de forma coordinada con el Sº de M. Intensiva, cuando no existan alternativas y sea factible su realización.

II. Planificación de la difusión de los protocolos de actuación. Durante esta fase:

- se presentarán los protocolos en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPPA) y PROA del HCU

- se decidirá la forma y canales de difusión de los protocolos a los profesionales del HCU

- se diseñará el circuito de actuación para poner en marcha una actividad de identificación activa de pacientes ingresados con alergia a BL en los SS particicipantes

III. Implementación de una identificación activa de pacientes ingresados con alergia a BL, para aplicar los protocolos acordados en los pacientes que más se benefician de su cumplimiento

IV. Evaluación del Impacto de la actividad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Aprobación de los protocolos correspondientes a la Fase I por PROA/CIPPA (S/N)

Proyecto: 2016_0627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

- Disponibilidad de los protocolos de la Fase I en la intranet del hospital (S/N)
- Elaboración del Plan de implementación de los protocolos de actuación basados en una actividad de identificación activa de casos (S/N)
- Nº de accesos a los protocolos en la intranet del hospital durante la Fase III (N)
- Nº y proporción de pacientes con alergia a BL identificados en los que se realiza interconsulta durante el ingreso o son remitidos a una consulta del Sº de Alergia (informe de alta)
- Nº de desensibilizaciones realizadas (N)
- De los pacientes remitidos, nº y proporción de pacientes evaluados por el Sº de Alergia en los que se permite el uso de algún BL.
- Nº de reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Aprobación de los protocolos correspondientes a la Fase I por PROA/CIPPA (S/N)
- Disponibilidad de los protocolos de la Fase I en la intranet del hospital (S/N)
- Elaboración del Plan de implementación de los protocolos de actuación basados en una actividad de identificación activa de casos (S/N)
- Nº de accesos a los protocolos en la intranet del hospital durante la Fase III (N)
- Nº y proporción de pacientes con alergia a BL identificados en los que se realiza interconsulta durante el ingreso o son remitidos a una consulta del Sº de Alergia (informe de alta)
- Nº de desensibilizaciones realizadas (N)
- De los pacientes remitidos, número y proporción de pacientes evaluados por el Sº de Alergia en los que se permite el uso de algún BL
- Cuantificación de reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados.

I: Oct.-Nov. 2016
II: Dic. 2016
III: En.-Mar. 2017
IV: Abril 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

2. RESPONSABLE ..... ARIEL GONZALO GONZALES SEJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· RAMIREZ GASCA MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTA CASANOVA CARLO BRUNO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· SOPEÑA BIARGE FEDERICO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente existe retraso en el diagnóstico de biopsias neoplásicas de colon y demora en la inclusión de pacientes en el comité de tumores de digestivo. Estas muestras siguen la vía normal de procesamiento junto con las otras biopsias realizadas por otras etiologías. Es el clínico que suele llamar al patólogo pidiendo que se priorice y agilice su diagnóstico, además que muchas veces requieren estudio inmunohistoquímico.
En las hojas de solicitud de estudio Anatomopatológico suelen colocar la palabra preferente ocasionalmente, si no es así, en recepción de muestras no se detectan y pasan desapercibidas en el tallaje, inclusión, corte y tinción, hasta que llegan a los despachos donde están entremezcladas con el resto de biopsias.
Si pudiésemos identificar estas muestras desde que se toman vía endoscópica, emplearíamos un sistema de señalización tanto en la hoja de solicitud como en los cassets, así se incluirían con preferencia y todo el proceso (tallaje, corte, tinción hasta la entrega en los despachos de los patólogos) llevarían un tiempo más corto respecto a otras biopsias. Seguidamente debería ser el patólogo el que incluya inmediatamente los diagnósticos en el comité de tumores de digestivo. Actualmente es el servicio de digestivo que los incluye cuando les llega el diagnóstico definitivo, lo cual conlleva nuevamente retraso. El mejorar estos pasos implicaría una toma se decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:

? Estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.) para determinar el estadio.
? Valoración anestésica.
? Programación de cirugía
? Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología.
? Una nueva biopsia en caso de que la muestra no sea representativa.

De esta forma aseguraríamos un diagnóstico precoz, manejo del paciente y tratamiento inmediato mucho más eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir el tiempo de procesamiento hasta el diagnóstico definitivo de las biopsias neoplásicas de colon.
-Inclusión vía informática en el comité de tumores de digestivo de forma inmediata, para disminuir el retraso en la valoración multidisciplinaría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Informar y coordinar con el Servicio de Digestivo, específicamente con el personal que realiza las biopsias endoscópicas de colon, para la señalización de todas las muestras sospechosas de malignidad.
-Explicar y formar al técnico de recepción que tiene que detectar las muestras señalizadas.
-Informar a los patólogos de la sección de digestivo que se tienen que tallar las muestras señalizadas de forma preferente.
-Indicar a los técnicos que repartan las preparaciones y que se entreguen de forma inmediata tras la tinción y valoración.
-Reunir a las técnicos que se encargan del procesamiento, explicar que el bloque señalizado tiene que ser procesado de forma prioritaria.
-Aclarar y dar a conocer a los patólogos de la sección de digestivo la importancia de diagnosticar las biopsias lo antes posible e incluirlas de forma inmediata vía informática en el comité de tumores de digestivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Tiempo promedio de diagnóstico de biopsias de colon neoplásicas/Total de biopsias de colon neoplásicas diagnosticadas=Tiempo promedio por biopsia neoplasica diagnosticada

-Tiempo promedio de inclusión de pacientes con diagnósticos neoplásicos de colon /Total de pacientes con diagnósticos neoplásicos de colon incluidos en el comité de tumores de digestivo = Tiempo promedio por paciente incluido en el comité de tumores de digestivo

Obtención de datos
Para saber los tiempos a estudiar contamos con la información:
-En la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico figura la fecha de registro.
-En el programa informático de Anatomía Patológica (PAT-Win) se puede ver la fecha en que se realiza el diagnóstico definitivo.

Proyecto: 2016_0312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

-En el programa del comité de tumores de digestivo también figura la fecha de apertura e inclusión del paciente.
-Estadística del comité de tumores de digestivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-El proyecto tendrá una duración mínima de siete meses, de los cuales el último mes se dispondrá exclusivamente para la obtención de datos y conclusiones.
-Fecha de inicio: 01/11/2016
-Fecha de finalización: 01/06/2017
-Previamente durante el mes de octubre nos pondremos en contacto con el servicio de digestivo, de forma específica con el personal que realiza las endoscópias de colon, solicitando la señalización de forma escrita “SOSPECHA DE NEOPLASIA” con letra clara y en mayúsculas, de muestras sospechosas de malignidad, en la parte superior, en el anverso de la hoja de solicitud de estudio Anatomopatológico.
-También se organizará una reunión con los patólogos de la sección de digestivo así como con los técnicos implicados en todo el proceso, para informar y explicar el método de identificación y priorización de las muestras señalizadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SOTA OCHOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CHICO RODRIGUEZ MILAGROS. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ANOZ CARBONELL ELISABETH. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· LAMBEA SORROSAL JULIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El estudio de la citología de orina es una herramienta sencilla, incruenta y fundamental en la detección y seguimiento de los pacientes con carcinoma vesical que contribuye a un correcto manejo diagnóstico-terapéutico de este grupo de pacientes, evitando en muchas ocasiones otros procedimientos más invasivos y/o costosos tanto para el paciente como para la institución. Diariamente hemos detectado en nuestro servicio una serie de errores que se repiten con cierta frecuencia en la recogida de la orina de los pacientes, siendo los principales de ellos: inadecuado recipiente para la recogida, utilización de productos como el alcohol que degeneran el material y principalmente una falta de conocimiento de en los pacientes respecto a hora y modo de la recogida, cantidad de orina, tiempo máximo hasta el procesamiento y lugar de conservación de la misma. Todos estos errores alteran la correcta conservación de la orina, dificultando o imposibilitando en algunos casos, un diagnóstico correcto. Por tanto vemos la posibilidad de realizar un modelo informativo sencillo y fácil tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios implicados, que puede mejorar los resultados diagnósticos y además evitar repeticiones de recogida de muestras innecesarias, con un claro beneficio para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar y facilitar la información sobre el proceso de recogida de orina a los pacientes y profesionales sanitarios.
- Suprimir los tubos de recogida inadecuados.
- Suprimir la utilización de productos (alcohol) que puedan dañar la muestra.
- Disminuir el numero de orinas no valorables para diagnóstico.
- Disminuir la repetición de la prueba por errores durante la recogida de la orina que impiden un diagnóstico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunir al personal implicado en el proceso con el fin de unificar criterios y establecer las pautas adecuadas desde el inicio hasta el final del proceso.
- Elaborar una hoja informativa para los pacientes que se adjuntará al volante de petición.
- Elaborar una hoja informativa para los profesionales sanitarios (urolólogos, oncólogos, enfermeros, técnicos, celadores) que se distribuirá por todas las áreas de actuación.
- Número de teléfono donde poder consultar cualquier clase de duda.
- Recoger las indicencias detectadas con el fin de mejorar en los puntos de mayor dificultad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº total de pacientes con inadecuado proceso de recogida de orina/ nº total de pacientes con solicitud de recogida de orina x100.
- Nº total de recipientes inadecuados para la recogida/ nº total de recipientes recibidos x100
- Nº total de orinas con fijador (alcohol)/ nº total de orinas recibidas x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mes de octubre, reunión del personal implicado en el proceso y unificación de los criterios y pautas a seguir.
- Posteriormente y de forma sucesiva: elaboración de la hoja informativa para pacientes y para profesionales sanitarios. Implantación de la hoja informativa. Recogida durante al mínimos 6 meses de los datos y evaluación de los mismos.
- Finalmente, en el mes de julio, conclusiones e información al personal de los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.
Previsión de recursos
- Sin coste

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario

Proyecto: 2016_0325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS NO FIJADAS PARA UN ÓPTIMO TALLAJE Y DIAGNÓSTICO POSTERIOR

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO MUÑOZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FELIPO BERLANGA FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· FUERTES NEGRO BEGOÑA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ILIEV ILIEV HRISTO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· OLMEDO ARBIZU EMMA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las piezas quirúrgicas son enviadas, generalmente en fresco (a veces también en formol), al Servicio de Anatomía Patológica donde, cada día, a última hora de la mañana, son tratadas convenientemente por los Médicos Internos Residentes (MIR.), con ayuda de las Técnicos Especialistas (TEAP.), para que se fijen adecuadamente en formol y al día siguiente puedan ser talladas y estudiadas de forma óptima por los patólogos.
Actualmente, en el Servicio, no hay un consenso claro a la hora de manejar estas piezas de forma que, dependiendo de la persona que esté abriéndolas o, sobre todo, del patólogo al que le toque tallar al día siguiente, el manejo se hace de una forma u otra y, en muchas ocasiones, sin seguir las directrices marcadas por las guías de referencia. Esto genera continuas dudas, tanto en las TEAP como en los MIR, que de forma excesiva deben consultar al patólogo correspondiente, con la pérdida de tiempo que eso genera, además de que, aun así, a veces las piezas no se fijan bien o al día siguiente no están en óptimas condiciones para su tallado.
Consideramos importante seguir unas reglas básicas estandarizadas de apertura y tratamiento de estas piezas que llegan desde quirófano, para disminuir las dudas y el número de consultas que los MIR y las TEAP tienen que hacer a los patólogos y para que no haya problemas posteriores de tallado de la pieza si ésta no se ha abierto o tratado adecuadamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Acordar unos patrones estandarizados para el tratado y apertura de cada uno de los tipos de piezas no fijadas procedentes de quirófano.

-Disminuir el número de consultas que las TEAP y los MIR hacen a los patólogos sobre cómo tratar esas piezas.

-Mayor rendimiento, en cuanto a tiempo empleado, por los MIR y las TEAP a la hora de manejas las piezas no fijadas.

-Disminuir los problemas que se han observado actualmente a la hora del tallaje de algunas piezas, debido a un incorrecto manejo de las mismas o a un manejo demasiado dispar, dependiendo de las personas implicadas en el proceso.

-Optimizar y lograr una máxima calidad en el tallado, lo que lleva implícito una disminución en los errores de interpretación del patólogo a la hora de tallar la pieza y una considerable mejora en la calidad del diagnóstico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión con los miembros de cada una de las secciones diagnósticas del Servicio para establecer las directrices que se van a seguir para el manejo de cada tipo de pieza quirúrgica.

-Reunir al personal implicado en el proceso con la finalidad de unificar criterios y establecer las pautas adecuadas desde el inicio al final del proceso.

-Se indicará al personal facultativo que, en la medida de lo posible, es conveniente y/o necesario seguir las indicaciones expuestas en las guías de referencia.

-Elaboración de un documento en el que se describan con todo detalle las pautas a seguir para el manejo de cada tipo de pieza; este documento deberá estar en un lugar de fácil acceso para todo el personal y para que pueda ser consultado en el mismo momento en el que los trabajadores estén manejando las piezas.

-Recoger las incidencias detectadas a medida que se vaya llevando a cabo este proyecto, con el fin de mejorar en los puntos de mayor dificultad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta informativa entre los patólogos para evaluar el grado de satisfacción con la apertura de las piezas: la respuesta se gradará en
1 (Muy bien)
2 (Bien)

Proyecto: 2016_0326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS NO FIJADAS PARA UN ÓPTIMO TALLAJE Y DIAGNÓSTICO POSTERIOR

3 (Regular)
4 (Mal)

-Nº de piezas mal abiertas o mal fijadas (tras ser debatidas con el patólogo responsable y los miembros de este proyecto) / Nº total de piezas remitidas en 1 mes x 100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Mes de Octubre: reunión del personal implicado en el proceso y unificación de los criterios y pautas a seguir.

-Mes de Noviembre-Enero: reuniones con los facultativos de las diferentes secciones para elaborar las indicaciones de manejo de las piezas.

-Mes de Enero: nueva reunión del grupo comentar los aspectos derivados de las diferentes reuniones.

-Posteriormente y de forma sucesiva: elaboración del documento donde figuren las indicaciones para el manejo de las piezas; comunicación de este documento a todo el Servicio; durante un mínimo de 4 meses ir viendo las diferentes incidencias o problemas que vayan apareciendo para ir subsanándolas.

-Finalmente, en el mes de julio, reunión con el personal para recoger las impresiones y el grado de satisfacción existente con el nuevo sistema aplicado.

9. OBSERVACIONES.
Previsión de recursos: sin coste.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. El proyecto tiene como finalidad mejorar el tratamiento de piezas extraidas en quirofano por cualquier tipo de patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA RAMIREZ GASCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· PEREZ CACHO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· LOBERA ARNAL MARIA DEL CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ABAS MARTIN FELIPE. CELADOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad, el 70% de los errores que se producen en los laboratorios de Anatomía Patológica se dan en las fases preanaliticas y analíticas según indica la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Sin embargo, no existe un sistema de recogida y análisis de todas las situaciones que pueden acaecer durante estas fases del proceso en el servicio de Anatomía Patológica del HCU. Se intentara mejorar la seguridad del paciente y la reducción de errores, mediante el establecimiento de un proceso operativo que minimice la posibilidad de errores y maximice la probabilidad de interpretarlos cuando se produzcan. Se propone la creación de un sistema de recogida de incidencias que sea ágil, accesible, no punitivo, sencillo de rellenar y que pueda ser utilizado por todos los miembros del servicio. El sistema de recogida será adecuado dentro de la norma UNE-EN-ISO 15189

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implicación/responsabilización de todos los profesionales en todo el proceso mediante un sistema de recogida de incidencias
- promover la cultura de seguridad del paciente
- Reforzar la competencia técnica de los trabajadores y evitar conflictos en las distintas fases del proceso
- Minimizar las consecuencias de las incidencias que se produzcan
- Mejora de la comunicación con otros servicios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- elaboración de un sistema de registro de incidencias consistente en una hoja de notificación que incluya
- presentación de la hoja de registro de incidencias a todo el personal de servicio antes de su puesta en marcha
- formar al personal en el procedimiento adecuado de identificación de incidencias y la necesidad de verificación
- rechazar muestras biológicas no debidamente identificadas en el momento de la llegada a la recepción del servicio
- identificación inequívoca del paciente
- introducción de la muestra en el sistema de trazabilidad
- Análisis de las actuaciones a seguir para la detección en registro, procesado macroscopico-tallaje, procesamiento tisular y realización de bloques de parafina, microtomía, tinción y verificación de muestras, entrega al patólogo para su diagnóstico, pruebas adicionales solicitadas por el patólogo, archive, e igualmente en las diferentes fases en citología e intraoperatorias
- Determinación de los responsables para poner en marcha acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Notificaciones de incidencias: habitualmente detectada por el personal durante el trascurso de sus actividades, ya sean por observación directa o por comunicación
- Calidad del registro de incidencias: registro adecuado o no, que incluya el origen de la incidencia, descripción y todo lo que sea de ayuda para estudiarla, incluyendo fecha y firma
- Análisis de las acciones correctoras: registro por la persona responsable, con la asignación de quien debe ejecutarla, fecha y firma
- Análisis de incidencias a las que no se puede aplicar acción correctora
- Evaluación del archivo de incidencias y evaluación e informe en las reuniones de calidad del servicio en las que estará obligatoriamente el jefe de servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Duración 12 meses
-Fase I: octubre - diciembre 2016: recogida de información, diseño
-Fase II: enero-febrero 2017: Reuniones parciales por áreas de capacitación en las fases preanalitica y analítica para establecimiento de las notificaciones. Información a todo el servicio de las actuaciones previstas
-Fases III y IV: puesta en marcha y evaluación de los 3 y 6 primeros meses de funcionamiento y planteamiento de puntos de mejora

Proyecto: 2016_0358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

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.
· MARTA CASANOVA CARLO BRUNO. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MEJIA URBAEZ ELAINE. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· FLORIA TRUC LIDIA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· COBO RUBIO ADORACION. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Anatomía Patológica posee una consulta de punciones, en la que se realizan pruebas de PAAF a pacientes de forma rutinaria los lunes. A lo largo del tiempo, hemos detectado que los pacientes cuando acuden a realizar la prueba, presentan muchas dudas acerca del procedimiento al que van a ser sometidos. Dicha información, que ha debido ser facilitada en la consulta desde la que son derivados, se ha difuminado o les han surgido nuevas dudas, esto genera que los pacientes acudan nerviosos y demandantes de información.
Dicha información debe ser suministrada para mejorar la relación medico-paciente y la seguridad del procedimiento. Como consecuencia de esa demanda de información, se prolongan los tiempos de consulta y a su vez se generan retrasos que afectan al resto de los pacientes citados.
Con la finalidad de mejorar la información que recibe el paciente, proponemos como oportunidad de mejora, la realización un documento informativo en forma de tríptico, donde se recoja la información principal de la prueba (fundamentos, características, recomendaciones, consejos y probables complicaciones) de una forma sencilla, ilustrada y atractiva visualmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a. Mejorar la información de la técnica de PAAF, con un vocabulario claro y accesible, que se trasmite a los pacientes que acuden a la realización de la prueba.
b. Aumentar la calidad asistencial del paciente, reduciendo los tiempos de realización de la técnica y por ende minimizando los tiempos de espera.
c. Aumentar la satisfacción de los pacientes y familiares, mejorando la relación medico-paciente, y a su vez haciendo menos traumática la prueba (ansiedad, stress, angustia, etc.)
d. Mejorar la seguridad del paciente, debido a que con la información adecuada y pleno conocimiento de las características de la prueba, podrán existir menos complicaciones derivadas de las conductas de los pacientes (sobresaltos, movimientos impulsivos, deglución, etc.).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a. Reunión de los integrantes del grupo para el diseño/elaboración del tríptico y una mini-encuesta de satisfacción, que serán distribuidas en conjunto.
b. Puesta en marcha de una prueba piloto durante dos meses (8 sesiones de consulta).
c. Reunión para evaluar los resultados del periodo de prueba, asi como analizar la información recogida en las encuestas. Esto ultimo con la finalidad de implantar propuestas de mejora y modificación en caso de ser necesario en el tríptico.
d. Reunión con el grupo de control de calidad una vez transcurridos 12 meses, con la finalidad de discutir los beneficios generados por la implantación del triptico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Nº de pacientes a los que se les entrega tríptico/ Nº pacientes citados a la prueba.
b. Nº de pacientes satisfechos con la información / Nº pacientes citados a la prueba.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a. 1º mes: reunión para el diseño del tríptico y la mini encuesta de satisfacción para el paciente.
b. 2º y 3º mes: aplicación de la fase de prueba piloto del tríptico.
c. 4º mes: análisis de resultados obtenidos, asi como estudio de las encuestas de satisfacción, para modificar el tríptico de ser necesario.
d. 4º a 12º mes: implantación del modelo definitivo de tríptico.
e. 12º mes: reunión con el grupo de control de calidad con la finalidad de analizar los resultados, esto último a través de los indicadores de evaluación definidos previamente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... CARLO BRUNO MARTA CASANOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE MAINAR ANA BELEN. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· PEREZ CACHO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· FLORIA TRUC LIDIA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GRACIA MARZO RITA CARIDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· LAGUNA LASIERRA MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La valoración de citología ginecológica, se realiza en conjunto en un tándem Patólogo/Citotécnico. El resultado es escrito a mano en las hojas de petición, utilizando un sistema de códigos alfanumérico, por el personal citotécnico una vez finalizado el análisis.
Posteriormente el departamento de secretaria del servicio, se encarga de transcribir dicha información alfanumérica al sistema de informatizado de gestión en Anatomía Patológica (PATHWin).
El problema planteado es que se pueden generar errores en la transcripción de dichos códigos diagnósticos, debido a los distintos tipos de caligrafía, y por lo tanto alterar el diagnostico final de las citologías ginecológicas.
La oportunidad de mejora sugerida, consiste en realizar un checklist estandarizado e impreso, para los diagnósticos de citología ginecológica (en los que simplemente se tenga que marcar una casilla con una tilde para seleccionar el diagnostico correspondiente), para eliminar el factor de riesgo que son los distintos tipos de caligrafía y por ende mejorar la seguridad de la paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el uso de checklist se espera minimizar los errores de transferencia de información y por lo tanto mejorar la seguridad del paciente. A su vez también, será menos complicado y mas eficiente la transcripción de información por parte del personal administrativo, y se evitara el retraso en la transcripción del diagnostico de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a. Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal citotécnico, personal administrativo y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador del checklist.
b. Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y difusión al personal.
c. Puesta en marcha de una prueba piloto del mismo, durante un mes.
d. Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y modificación del borrador inicial en caso de ser necesario.
e. Aplicación de los cambios sobre el borrador y evaluación a los seis meses de uso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Grado de implantación: se evaluara el número de citologías transcritas utilizando el modelo de checklist diseñado.
b. Grado de mejora de la calidad: evaluación de la incidencia de fallos de transcripción, una vez puesto en practica el modelo checklist diseñado.
c. Grado de adecuación: se realizaran controles periódicos, con la finalidad de recabar información puntual que permita realizar ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado.
d. Grado de satisfacción de los profesionales: se realizara una encuesta, al personal involucrado en el diagnostico cito-ginecológico, sobre la satisfacción con el proyecto de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto abarcaría un año, con el siguiente calendario de implantación:
a. 1º mes: reunión/es para el diseño del borrador del checklist.
b. 2º mes: impresión y difusión, al personal implicado, del checklist.
c. 3º mes: Prueba piloto del borrador.
d. 4º mes: Análisis de los resultados obtenidos en la prueba piloto e implantación de correctivos si fuera necesario.
e. 5º al 12º mes: implantación del modelo definitivo del checklist.
f. 12º mes: realización de encuesta de satisfacción al personal involucrado y evaluación de los primeros seis meses de aplicación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_0364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

2. RESPONSABLE ..... ELISABETH ANOZ CARBONELL
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTA CASANOVA CARLO BRUNO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MOROS GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· SOUSA DOMINGUEZ RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BASELGA SORIANO ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANOS
· CHICO RODRIGUEZ MILAGROS. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ABAS MARTIN FELIPE. CELADOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El estudio de la afectación de los ganglios linfáticos es uno de los factores pronósticos más importantes y un criterio determinante para las decisiones quirúrgicas y terapéuticas. El estudio de los ganglios centinela, puede ser realizado de manera intraoperatoria o de forma diferida.
En nuestro servicio esto se realiza mediante el método OSNA, dicha técnica determina cuantitativamente la presencia de metástasis a nivel de ganglios linfáticos y a su vez permite la sobreestadificación de las metástasis linfáticas. La técnica amplifica y detecta, en menos de 25 minutos, la expresión de Citoqueratina 19 (CK19) en el ácido ribonucleico mensajero (ARNm) de las células neoplásicas presentes en el ganglio.
Por este motivo, es de vital importancia que la muestra llegue de la manera más rápida a nuestro servicio, debido a que la técnica se debe realizar en tejido sin ningún tipo de fijación. De no cumplirse esto, se puede deteriorar la calidad de la muestra y por ende el resultado de la misma puede verse afectado, sin importar que sea intraoperatoria o resultado en diferido.
Proponemos, que se disponga de un formato único para el estudio del ganglio centinela mediante el método OSNA. Dicho formato expresara claramente que el estudio a realizar será por OSNA, a su vez puede ser impreso en papel con una coloración específica para facilitar su reconocimiento. El personal de celadores y los auxiliares de quirófano tendrán mayor capacidad para priorizar el envío de dichas muestras.
A su vez, en el servicio de anatomía patológica, una vez recibidos, serán más fácilmente canalizados para la pronta realización del estudio. También, dicho formato contará con información específica relacionada con los datos clínicos/patológicos pertinentes para la técnica (positividad para técnica inmunohistoquímica de Citoqueratina 19 y neoadyuvancia previa). Una vez realizado el estudio, el formato contará con un apartado específicamente diseñado para el resultado del estudio, con información concisa que permita la correcta interpretación del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera con la implementación de estos cambios:
- Facilitar el reconocimiento de la prioridad de la muestra.
- Permitir la reducción de los tiempos de tránsito, procesamiento y diagnóstico.
- Mejorar la fidelidad y seguridad de la prueba.
- Reconocer el tipo de estudio (intraoperatorio o diferido), así como los datos clínicos relevantes para la correcta realización del estudio (CK19 y neoadyuvancia).
- Expresar los resultados de la prueba, de forma concisa y de fácil interpretación.
- Beneficiar y mejorar la seguridad del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión con el grupo de control de calidad y el personal implicado, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para establecer los criterios necesarios y definir el diseño preliminar del formato de solicitud.
- Reunión del grupo de trabajo, con los servicios relacionados, con la finalidad de difundir el diseño preliminar y escuchar sus opiniones o sugerencias.
- Puesta en marcha de una prueba piloto de formato, durante un mes.
- Análisis de los problemas surgidos durante el periodo de prueba, evaluación de los resultados iniciales obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y diseño definitivo del formato.
- Aplicación de formato definitivo y evaluación del mismo a los seis meses de uso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de ganglios analizados por método Osna/Nº de ganglios totales x 100
- Nº de ganglios sin Ck19 positiva/Nº de ganglios totales x 100
- Nº de ganglios con tratamiento neoadyuvante/Nº de ganglios totales x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer mes: reunión de trabajo, elaboración del formato de prueba y presentación a los distintos servicios implicados.
- Segundo mes: puesta en marcha de una prueba piloto del mismo.

Proyecto: 2016_0448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

- Tercer mes: análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y diseño del formato definitivo.
- Aplicación del formato definitivo y evaluación a los seis meses de uso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0500 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES /BLOQUES / PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... LIDIA FLORIA TRUC
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLMEDO ARBIZU ENMA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARCIA FERNANDEZ MARIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BARRA BORAO VERONICA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El correcto funcionamiento de un servicio de Anatomía Patológica depende de un trabajo en cadena, desde el momento en que se recibe la muestra hasta la entrega al facultativo para su posterior diagnóstico, para que este proceso sea lo más rápido posible. En el servicio de anatomía hemos detectado que con cierta frecuencia el diagnóstico final se retrasa debido a que los patólogos necesitan más cortes adicionales y seriaciones debido a una serie de problemas surgidos en el procesado de la muestra, como en el tiempo de fijación, inclusión, corte y teñido de la muestra, por lo tanto hemos creído necesario mejorar la forma del trabajo en cadena para que el proceso no se alargue en el tiempo y el resultado sea óptimo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a. Mejorar la calidad del trabajo con un trabajo en equipo.
b. Facilitar el trabajo de diagnóstico.
c. Disminuir el número de peticiones de cortes adicionales/ seriaciones.
d. Mejorar los tiempos de entrega al patólogo y por lo tanto al clínico que pidió el estudio., adelantando así el resultado para el paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a. Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto.
b. Puesta en marcha de ese método durante un tiempo, que se establecerá con el grupo, para ver el funcionamiento y posibles correcciones.
c. Se espera mejorar la calidad del trabajo ofrecido, con repercusión de una disminución en el tiempo de espera del paciente para un diagnóstico.
d. Reunión con el grupo de control de calidad una vez transcurrido un tiempo estipulado para valorar los resultados generados por este nuevo método de trabajo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Nº de cristales rechazados / Nº de cristales revisados.
b. Nº de seriaciones,cortes adicionales/ Nº de cristales entregados.
c. Nº de bloques rehechos/ Nº de bloques cortados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a. 1er mes: Reunión para la elaboración del método.
b. 2ºy 3er mes: fase de prueba del método elaborado.
c. 4º mes : análisis de resultados obtenidos, nivel de satisfacción del personal a cargo de esas tareas.
d. 4º al 12 mes: implantación del nuevo sistema de trabajo.
e. 12 mes: Reunión con el grupo de control de calidad para valorar los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de enfermedades
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0506 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· OLMEDO ARBIZU ENMA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· COBO RUBIO ADORACION. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GRACIA MARZO RITA CARIDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un Sistema de información debe facilitar la recogida estructurada de datos, la explotación de los mismos y el establecimiento de dispositivos de trazabilidad. Sobre la base de recomendaciones internacionales se propone el uso de criterios uniformes para la elaboración de informes anatomopatológicos sujetos a protocolos desde el tallado de la pieza hasta su diagnóstico final.

El procedimiento de análisis y diagnóstico en el laboratorio comienza cuando el Técnico Especialista en Anatomía Patológica realiza el tallado de las biopsias de pequeño tamaño, las cuales, deben incluirse en su totalidad y no requieran orientación para su inclusión (biopsias endoscópicas digestivas, ginecológicas, bronquiales, vesicales y ORL, cilindros hepáticos, de médula ósea, prostáticos y mamarios, resecciones transuretrales (RTU) prostáticas y vesicales, biopsias testiculares, polipectomías digestivas y ginecológicas (cérvix y endometrio)).

Posteriormente el personal administrativo se encarga de transcribir literalmente al sistema informático la descripción de cada muestra. En esta fase analítica, la descripción macroscópica de la biopsia pequeña es el proceso conocido como “tallado” y es una de las operaciones que más riesgos presenta dentro de las tareas que se realizan en el Servicio de Anatomía Patológica.

Así mismo, la transcripción de toda la información de forma individual en cada caso representa una carga importante de las funciones del personal administrativo, por lo que la optimización de este procedimiento mediante la estandarización de la descripción macroscópica en el laboratorio y posteriormente su transcripción en secretaria, incrementaría la eficiencia y efectividad del proceso, siendo el mismo fundamental para el desempeño adecuado del procesamiento de estas muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos primarios:
Crear un protocolo de descripción macroscópica estandarizada para el tallado de la biopsia pequeña.
Incorporar el nuevo protocolo de descripción al sistema informático utilizado en el servicio (Patwin).
Formar a los Técnicos Especialistas en Anatomía Patológica en el uso del nuevo protocolo.
Formar al personal administrativo en el uso del nuevo protocolo.
Instaurar el protocolo de descripción macroscópica estandarizada.

Objetivos secundarios:
Impulsar el uso del Patwin como una herramienta útil para corroborar el lugar de procedencia de la muestra, así como su correcto etiquetado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Redacción de un primer borrador del protocolo de descripción. Este incluirá localización (región anatómica/ órgano de procedencia), número de fragmentos, tamaño, forma y color de la muestra.
Reunión con el personal técnico del laboratorio y el personal administrativo para presentar el borrador del protocolo como idea de la cual partir en la elaboración del protocolo definitivo.
Elaboración de un protocolo unificado para este tipo de muestras en conjunto con todo el personal implicado.
Entrenamiento del personal implicado en el tratamiento de la biopsia pequeña y su adecuada descripción macroscópica.
Entrenamiento del personal administrativo para la transcripción de la descripción macroscópica.
Reunión con los representantes del sistema Patwin para la integración al sistema del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Tiempo de dictado con el método convencional/ Tiempo de dictado con el método propuesto.
- Nº de informes transcritos al día, método convencional/ Nº de informes transcritos al día con el método propuesto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1er y 2do mes: realizar reuniones con el personal técnico del laboratorio y el personal administrativo para aunar e integrar las pautas a seguir. Seguido de una reunión con el personal de soporte técnico de Patwin para plantear la implementación de esta mejora de calidad.
3er mes: redacción del protocolo estándar para la descripción macroscópica de la biopsia pequeña.
4to al 10vo mes: incorporación de su uso en la práctica diaria.
11vo mes: reunión con el personal implicado para evaluación de la puesta en marcha del protocolo.

Proyecto: 2016_0506 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

12vo mes: Conclusiones y resultados finales obtenidos con la estandarización de éste proceso como mejora de calidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda la patología en biopsia pequeña
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE FELIPO BERLANGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIA NAVARRO JOAQUIN. MÉDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· LOBERA ARNAL MARIA DEL CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BLANZACO ACIN ZULEMA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARCIA FERNANDEZ MARIA. TEAP. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La creciente necesidad de realizar estudios moleculares que permitan establecer diagnósticos o tratamientos adecuados para cada paciente, ha conllevado un incremento en el número de muestras biológicas anatomopatológicas (bloques de tejido parafinado y secciones tisulares en portaobjetos) que salen de nuestro servicio hacia centros de referencia en los que se llevan a cabo dichos estudios. En muchas ocasiones, ese material no se devuelve a nuestro servicio y, lo que es aún peor, no recibimos los resultados de esos estudios cuando es otro servicio el que gestiona la salida de ese material.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP’s y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificación de los servicios hospitalarios demandantes de estudios moleculares
Elaboración de una hoja de solicitud de estudios a realizar fuera de nuestro Hospital
Elaboración de un diagrama de flujo de fácil interpretación
Participación activa de facultativos, TEAP’s y administrativos del servicio.
Entrega de la hoja de solicitud y del diagrama a los servicios generadores de peticiones de pruebas moleculares.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio.
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material.
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diagrama de flujo disponible en un plazo de 3 meses desde la aprobación del proyecto
Distribución a los servicios peticionarios durante los 15 días siguientes
Recogida y análisis de los indicadores a los seis meses.
Emisión de informe de resultados al año de la aprobación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0672 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CANCER DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CARDIEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEJIA URBAEZ ELAINE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MOROS GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· OLMEDO ARBIZU EMMA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BLANZACO ACIN ZULEMA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· ABAD BEORLEGUI ELENA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La BAG es el método por excelencia para la confirmación diagnóstica del cáncer de mama. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes y permiten establecer una completa tipificación del tumor, lo cual va a condicionar la actitud terapéutica posterior.
La necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible una vez diagnosticado el cáncer, unido a la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de la biopsia, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe anatomopatológico.
Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de Anatomía Patológica implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducción de los tiempos y mejora en la eficiencia del proceso diagnóstico de la BAG de mama.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Instauración de pautas de trabajo bien definidas y conocidas por todos los implicados, así como previsión ante posibles incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos y técnicos) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal implicado de las decisiones acordadas.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema informático propio del servicio (Patwin).
2. Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro - fecha de macroscopia - fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos - fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas - fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones se realizan a través del sistema informático interno del laboratorio y del Patwin.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Fecha prevista de inicio: 2 de noviembre de 2016.
2. Fecha prevista de finalización: 2 de mayo de 2016.
3. Cronograma:
a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra - tallaje - inclusión en parafina - corte - tinción - entrega de cristales al patólogo - valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias - realización de técnicas complementarias - entrega de las mismas al patólogo - realización del diagnóstico - emisión del informe) .
b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2016_0672 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CANCER DE MAMA

·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0091 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TECNICAS ECOGUIADAS DE ANESTESIA/ANALGESIA LOCORREGIONAL

2. RESPONSABLE ..... MARTA LUCIA FERRER FERRER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO ABAD MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALESON HORNO GEMMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LABENA BERNAL ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LANAU ARILLA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL ADAPTADO A LAS NUEVAS TÉCNICAS DE BLOQUEO NERVIOSO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL APORTÁNDOLES UNA INFORMACIÓN MÁS ADECUADA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- REDACTAR HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA LOCORREGIONAL ADAPTADO A BLOQUEOS NERVIOSOS
- PRESENTAR LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- INTRODUCIR LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- SELECCIÓN ALEATORIA DE HISTORIAS DE PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA QUE HAYAN SIDO SOMENTIDOS A TÉCNICAS DE BLOQUEOS NERVIOSOS PARA COMPROBAR LA INCLUSIÓN DE DICHO CONSENTIMIENTO INFORMADO (HISTORIAS CON HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INCLUIDA/TOTAL DE HISTORIAS REVISADADS)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEPTIEMBRE- DICIEMBRE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología quirúrgica susceptible
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER LONGAS VALIEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MURILLO PINA RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALBENDEA CALLEJA CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERRER FERRER MARTA LUCIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO ABAD MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ TORRES BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PALACIOS FANLO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En ocasiones, las complicaciones derivadas del acto quirúrgico, no pueden ser previstas dada la naturaleza de la propia intervención; por ejemplo en cirugía de urgencia. Sin embargo cuando hablamos de cirugía programada, el paciente debería llegar a la misma en las mejores condiciones posibles. En algunas ocasiones, esto no ocurre y la posibilidad de que presente complicaciones postoperatorias aumenta de manera impredecible.
A pesar de las herramientas de las que dispone la medicina convencional, un 20% de nuestros pacientes presentará algún tipo de complicación médica o quirúrgica. Por lo tanto vemos que aun ciñendo nuestra actuación de acuerdo a los protocolos, aún encontramos un elevado número de efectos adversos en determinados pacientes. Para encontrar puntos de actuación de mejora de estos resultados se debe acudir a la rama de la medicina que se ocupa del paciente que va a ser intervenido, es decir a la medicina perioperatoria. Por lo tanto se deben buscar posibles factores de riesgo de desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. En esta línea es donde entra la definición de prehabilitación, entendiendo como tal el proceso diseñado para mejorar la capacidad funcional del paciente antes de la cirugía, con el objeto de mejorar la recuperación del daño quirúrgico, reduciendo las complicaciones postoperatorias y por lo tanto reducir la estancia hospitalaria y los costes que se derivan de ella. La prehabilitación debe de llevarse a cabo antes del ingreso hospitalario, teniendo claros sus objetivos: optimizar el estado físico, nutricional, emocional, médico y farmacológico del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Mejorar la capacidad funcional de los pacientes que esperan cirugía.

2.-Una mejor recuperación de la capacidad funcional postoperatoria, alcanzando los niveles basales funcionales previos en menor espacio de tiempo.

3.-Disminución de las complicaciones médicas postquirúrgicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde la consulta de cirugía se derivará a la unidad de prehabilitación,que será atendidad por el equipo de anestesiólogos cuya consulta se establece los miércoles en turno de tarde.

En ella se procederá a realizar la consulta de prehabilitación.

1.-La valoración del estado funcional preoperatorio del paciente que va a ser intervenido es uno de los pilares básicos de la Unidad de Prehabilitación.

Por lo tanto debemos hacer una selección de los posibles pacientes candidatos a recibir una terapia prehabilitadora.

Para ello el test que presenta mejores resultados en la literatura es el test de la marcha de seis minutos. Este test da una idea de la capacidad submáxima que puede asumir un paciente e incluye parámetros como: intensidad, resistencia, fuerza o velocidad.

Una vez identificada la población de riesgo se deben aplicar programas de ejercicio orientados a la mejora de la capacidad funcional del paciente. El ejercicio aumenta la capacidad aeróbica y mejora el Índice de Masa Corporal. Además la terapia de prehabilitación debe incluir necesariamente terapia nutricional, con el objetivo de recuperar metabólicamente el gasto que pueda producir los programas de ejercicio. El último pilar del programa de prehabilitación es la terapia cognitiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Consulta preanestésica e Información al paciente de todos los procedimientos a los que va a ser sometido y firma de los consentimientos informados para la anestesia y pruebas funcionales.

2.-Valoración de la capacidad funcional del paciente

Test de los seis minutos- Escala de Borg-Distancia recorrida

Proyecto: 2016_0133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

3.-Valoración del estado nutricional por encuesta nutricional y parámetros biológicos.

4.-Valoración del estado cognitivo por test HF36 y HADS.

5.-Establecimiento de terapia prehabilitadora

Se realizarán controles basales- previos a cirugía y un mes tras cirugía

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Por lo desarrollado anteriormente se entiende como misión de la Unidad de Prehabilitación la de aplicar terapia prehabilitadora a los pacientes con riesgo de deterioro perioperatorio, con la finalidad de aumentar su capacidad funcional previa a la cirugía, con el fin de conseguir los mejores resultados en salud, eficiencia y calidad tanto en la actividad asistencial, docente como investigadora.
La duración de la puesta en marcha e implementación de la Unidad será de un año, en el que se validará el test de los seis minutos para nuestra población y se estudiará el impacto de la aplicación de prehabilitación en el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MÁS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA?

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARIN ZALDIVAR CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALBENDEA CALLEJA CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RIVERO SALVADOR TAMARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con el objetivo de mejorar la recuperación tras una cirugía colorrectal surgen los programas de recuperación intensificada (Enhanced Recovery Programs, ERAS). Suponen un conjunto de estrategias perioperatorias basadas en la evidencia científica diseñadas para minimizar el estrés asociado al proceso quirúrgico y mejorar la recuperación funcional del paciente tras el mismo, contribuyendo así a reducir las complicaciones postoperatorias y a acortar la estancia hospitalaria.
La mayoría de las estrategias que incluyen se centran en los periodos intra- y postoperatorio, cuando el periodo preoperatorio es un periodo de vital importancia en el que identificar factores de riesgo modificables cuya mejora previa a la intervención puede tener repercusiones positivas a lo largo de todo el periodo perioperatorio.
Incluso en ausencia de complicaciones, la capacidad funcional del paciente se ve reducida durante este periodo previo, manteniéndose en el tiempo tras la intervención. Diversos estudios han demostrado una mejora significativa en la capacidad funcional tras varias semanas siguiendo un programa de prehabilitación en pacientes sometidos a cirugía colorrectal.
Estos programas actúan además sobre otros dos pilares, estado nutricional y estado cognitivo, conformando así la Prehabilitación trimodal. Su importancia radica en su intervención durante el periodo preoperatorio, buscando una mayor optimización del paciente para que éste llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.
-Conseguir una mayor optimización funcional, nutricional y cognitiva preoperatorias de los pacientes incluidos en el programa.
-Disminuir la incidencia de complicaciones postoperatorias.
-Reducir la duración de estancia hospitalaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una vez indicada la intervención quirúrgica, los pacientes serán derivados a la Unidad de Prehabilitación. Si presentan un grado en la escala New York Heart Association (NYHA) igual a uno y dan su consentimiento, serán incluidos en el programa de prehabilitación trimodal.
Estos pacientes serán vistos en la unidad, los miércoles en horario de tarde, en tres ocasiones, por un equipo formado por dos facultativos especialistas y dos residentes de anestesiología, además de dos enfermeros.
En la primera consulta, tras la indicación quirúrgica, se llevará a cabo la valoración preanestésica y la evaluación del estado funcional (mediante el test de la marcha de los seis minutos), el estado nutricional (con el Malnutrition Universal Screening Tool, MUST), y el estado cognitivo (con la Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).
Se aportará una pauta de ejercicio que el paciente deberá realizar diariamente hasta el ingreso hospitalario, basado principalmente en el entrenamiento de la resistencia aeróbica, junto con ejercicios sencillos respiratorios, de flexibilidad y de fuerza muscular. Asimismo se pautarán suplementos nutricionales en forma de batidos hiperproteicos hipercalóricos que deberán tomar 7 días antes y 7 días después de la cirugía Y se proporcionarán ejercicios de relajación basados en Mindfulness, además de toda la información y apoyo que necesiten.
En la segunda consulta, dos semanas después, se valorará el cumplimiento del programa, se evaluará de nuevo el estado funcional, y se afianzarán las instrucciones a seguir hasta el día de la cirugía.
En la tercera consulta, al mes de la cirugía, se valorará el estado del paciente tras la misma, se evaluará el grado de recuperación funcional, y se le dará de alta de la unidad si no ha habido incidencias que precisen cuidados adicionales.
Una vez completado su paso por la unidad se registrarán en una base de datos los parámetros recogidos en las sucesivas consultas así como las siguientes variables: tipo de cirugía colorrectal, técnica quirúrgica, complicaciones postquirúrgicas según la escala de Clavien modificada, estancia en UCI y estancia hospitalaria total.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Capacidad funcional como la distancia recorrida en metros durante la realización del test de los seis minutos,

Proyecto: 2016_0233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MÁS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA?

tanto la distancia total como la distancia recorrida cada minuto.
-Complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien modificada.
-Duración en días de estancia en una unidad de cuidados intensivos y de estancia hospitalaria total.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y finalizará el 1 de Noviembre de 2017.
Durante este periodo los pacientes que vayan a ser intervenidos de cirugía colorrectal electiva y cumplan con criterios de inclusión al programa de prehabilitación trimodal, serán vistos en la Unidad de Prehabilitación en las tres visitas ideadas para ello. Una vez se completen las tres consultas, se procederá a registrar los datos recogidos en cada una de ellas así como aquellos referentes al ingreso y evolución postoperatoria en un programa estadístico para su análisis e interpretación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION E INSTRUCCIONES AL PACIENTE DE EDAD AVANZADA EN CONSULTA DE ANESTESIA DE CATARATAS: UNA HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR AL PACIENTE Y EVITAR CANCELACIONES

2. RESPONSABLE ..... LETICIA ISABEL PEREZ PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALESON HORNO GEMMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASANS FRANCES RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MUR CAMPOS PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA RUIZ NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LABENA BERNAL ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PELLEJERO HINOJOSA SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cirugía de cataratas es una intervención quirúrgica frecuente, que implica habitualmente a pacientes de edad avanzada, con patología clínica asociada y plurimedicados, que tienen derecho a estar seguros y protegidos durante todo su proceso asistencial y donde la anestesiología tiene un papel clave en la seguridad perioperatoria del paciente.

En la visita preanestésica, entre otra cosas, se les explica qué medicación de la que toma habitualmente el paciente debe suspender o mantener hasta el día de la cirugía, pero la realidad es que una gran cantidad de pacientes no siguen correctamente estas recomendaciones por lo que no llegan en condiciones óptimas al quirófano, lo que afecta su seguridad y puede ser motivo de cancelación de la intervención.

Además si bien el ayuno de sólidos y líquidos previo a la cirugía es vital para la seguridad del paciente, el ayuno prolongado origina alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas que favorecen el deterioro del paciente, y evitarlo reduce la resistencia a la insulina, mejora el metabolismo, la fuerza muscular postoperatoria, previene la inmunosupresión y mejora el bienestar y la satisfacción en cirugía ambulatoria. El dogma de “ayuno desde media noche” perdura a pesar de la evidencia de seguridad y beneficios en adecuar el tiempo de ayuno, y la realidad es que los pacientes son intervenidos tras un ayuno prolongado, tanto a sólidos como a líquidos, llegando incluso a las 14 horas, lo que en pacientes como los que se someten a esta cirugía, de avanzada edad, hipertensos, diabéticos,… suponen un riesgo para su salud.

Los pacientes intervenidos de cataratas, debido a su edad y patologías asociadas, son especialmente vulnerables y es imprescindible realizar una adecuada optimización de los mismos siendo fundamental que siga las recomendaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas del anestesiólogo. El problema radica en que una gran cantidad de pacientes no cumple o no recuerda dichas recomendaciones, por lo que una buena solución sería que de la visita preanestésica se dieran dichas recomendaciones por escrito, al igual que se hace con los tratamientos anticoagulantes y antiagregantes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los pacientes desempeñan un papel importante en su seguridad y se les debe proporcionar la información adecuadamente. La puesta en marcha de este proyecto persigue conseguir un mayor cumplimiento de las recomendaciones dadas en la visita preanestésica, mejorando la comunicación medico-paciente, disminuyendo el riesgo de sucesos adversos en el transcurso de la atención recibida y evitando cancelaciones que suponen un coste económico y un perjuicio para el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir el objetivo de que los pacientes lleguen en condiciones óptimas, mejorando así la seguridad y evitando cancelaciones el mismo día de la cirugía nos planteamos que, desde la consulta de anestesiología los pacientes reciban las recomendaciones adaptadas a su condición clínica no sólo verbalmente sino también por escrito, con la realización de una hoja de “Recomendaciones a seguir en su domicilio antes de una intervención de cataratas” que el anestesiólogo explicará al paciente en la consulta, en la que además de las recomendaciones estándar para la cirugía se rellenará de manera individualizada con los medicamentos que el paciente deberá mantener o suspender los días previos a la cirugía y se personalizará, en la medida de lo posible, los tiempos de ayuno para sólidos y líquidos, identificando los pacientes con riesgo aumentado de aspiración (diabéticos, obesos, RGE). Esta hoja de recomendaciones comenzará a realizarse en las consultas específicas de cataratas para controlar mejor su implementación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En la actualidad, desde la unidad de cirugía mayor ambulatoria, los pacientes son avisados el día previo a su intervención para recordarles las normas estándar, verificar si han seguido correctamente las pautas del oftalmólogo y de modificación de los anticoagulantes y antiagregantes. Tras la implementación de esta hoja de recomendaciones, la comunicación desde la unidad de CMA estará dirigida además a recordar a las pacientes que sigan las pautas personalizadas hechas por el anestesiólogo en ellas recogidas y que acudan con ellas el día del ingreso. El día de la cirugía el anestesiólogo comprobará si el paciente ha seguido correctamente las indicaciones y este grupo de trabajo se encargará de recopilar datos para evaluar cumplimiento de las mismas, los efectos adversos perioperatorios, el número de cancelaciones y la satisfacción de los pacientes con

Proyecto: 2016_0444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION E INSTRUCCIONES AL PACIENTE DE EDAD AVANZADA EN CONSULTA DE ANESTESIA DE CATARATAS: UNA HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR AL PACIENTE Y EVITAR CANCELACIONES

respecto a la implementación de la hoja de recomendaciones y el tiempo de ayuno peroperatorio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicialmente se realizará la redacción de la hoja de recomendaciones y se pondrá en conocimiento del servicio de Anestesiología, Oftalmología y enfermería de CMA para incluir aportaciones o ser modificada si fuese preciso con el fin de iniciar su aplicación en enero de 2017. A los 6 meses se realizara un análisis de los datos recogidos y se valorará su utilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0937 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE DOLOR DEL H.C.U. "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE ..... OLGA GASCA ANDREU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ SANCHO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· YANGUAS LASHERAS PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CONDE ANDRES RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BARCELONA ASENSIO PATRICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· SAENZ-LOPEZ PASCUAL LIDIA CRISTINA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· EZQUERRA FANLO MARIA CRUZ. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ ABADIA ESPERANZA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Debido a la gran rotación de personal de enfermería en la U. del Dolor, motivada por sustituciones o incrementos de actividad asistencial, hemos visto necesario hacer una protocolización de las actividades más frecuentes de nuestro trabajo. Es necesario que éste trabajo esté basado en las mejores prácticas, sea consensuado y expresado en normas de tal manera que podamos atender a nuestros pacientes con la mejor calidad y seguridad posible, disminuyendo la variabiliadad en la atención de los mismos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Unificar criterios y plasmarlos por escrito
• Racionalizar recursos disminuyendo el tiempo en la realización de los procedimientos*
• Normalizar la actividad profesional para incrementar la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Revisión bibliográfica
• Reuniones periódicas para normalizar las actividades llevamos a cabo en la Unidad como son: Iontoforésis, TENS, Lidocaina IV, Propofol IV, Qutenza, Infiltraciones de rodilla y trigéminos, de Toxina botulínica guiada por TAC, puntos gatillo, músculos profundos guiados por ecografía, Radiofrecuencia convencional de facetas, ganglio dorsal, de la cadena simpática, Epidural Interlaminar, caudal y de nervios periféricos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• 70 % de procedimientos realizados en la Unidad protocolizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Tercer trimestre de 2016: Revisión bibliográfica
• Primer trimestre de 2017: puesta en común
• Segundo trimestre 2017: Elaboración y redacción de procedimientos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1643 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADAANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

2. RESPONSABLE ..... JULIA GUILLEN ANTON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO. ABOGADO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· SOLA GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CHARLO BERNARDOS MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FORMACION
· DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· EZQUERRA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad el consentimiento informado de analgesia del parto vía epidural se obtiene de la paciente en el momento de su paso a la zona de dilatación y paritarios de la planta cuarta de nuestro hospital. En la mayoría de los casos la paciente ya presenta dinámica de parto y, por lo tanto dolor, por lo que dicho consentimiento se obtiene en condiciones de sufrimiento y escasa receptividad a las información que el anestesista le debe aportar en cuanto a en qué consiste la técnica, posibles complicaciones y dificultades que en cada caso pueda presentar su realización. Tampoco la paciente se encuentra en situación de exponer posibles dudas que pudiera tener sobre la analgesia epidural del parto. Atendiendo a todo lo anterior, se pueden plantear dudas en cuanto a la validez de ese consentimiento obtenido en circunstancias de precipitación y sufrimiento cuando la paciente lo único que desea es que le alivien el dolor que padece.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Teniendo en cuenta el número de partos/año en nuestro hospital así como la limitación de recursos que hacen imposible la atención de todas las pacientes embarazadas en las consultas de anestesia disponibles vamos a elaborar un procedimiento que permita, a través de sesiones periódicas, reunir grupos de pacientes embarazadas que reciban información sobre el desarrollo del parto y la analgesia epidural en condiciones más favorables de recibir información, compresión de la técnica y de sus posibles complicaciones, y que, a su vez, permita a las pacientes verbalizar, de forma colectiva o individual, las dudas o miedos que puedan tener de cara al momento de finalizar su gestación.
Una vez recibida toda la información y resueltas las dudas, las gestantes se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural, que firmarán una vez hayan reflexionado sobre toda la información recibida y lo aportarán junto con el resto de la documentación del seguimiento obstétrico de su embarazo en el momento de su ingreso hospitalario para el parto. En ese momento, el anestesista que va a realizar la técnica de analgesia epidural podrá resolver las dudas que a la gestan le hayan podido surgir desde que recibió toda la información en las sesiones programadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realizar sesiones periódicas mensuales o quincenales conjuntas anestesia-obstetricia reuniendo a grupos de embarazadas.
-Presentación mediante vídeos y explicaciones por profesionales, anestesistas y obstetras, de la técnica de la analgesia epidural y del desarrollo del parto.
-Explicación de las posibles complicaciones.
-Resolución de dudas en común
-Resolución de dudas y/o temores a nivel individual al final de las sesiones con los profesionales para aquellas pacientes que así lo requieran.
-Todas las gestantes se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaboración del procedimiento
- Difusión del procedimiento a todos los miembros de los Servicios de Anestesia y Obstetricia.
- Difusión del procedimiento entre las pacientes embarazadas.
- Números de embarazadas que asisten a las sesiones programadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Años 2016-2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1643 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADAANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1663 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA RUIZ NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BENITO NAVERAC HELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALTEMIR TRALLERO JARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Evitar lesiones neurologicas en los pacientes intervenidos de columna mediante un manejo anestesico que permita la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuación de las técnicas y fármacos anestésicos para realizar una correcta monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria que permita guiar al neurocirujano durante la intervención y así evitar lesiones neurologicas.
Elaboración de un protocolo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Utilización de fármacos anestésicos que no interfieran en la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria.
Estrecha colaboración entre anestesiologo, neurofisiologo y neurocirujano

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que se beneficien del manejo anestésico adecuado a la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1699 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL

2. RESPONSABLE ..... MARTA LUCIA FERRER FERRER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO ABAD MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALESON HORNO GEMMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LABENA BERNAL ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dada la relevancia actual de las técnicas locorregionales en el campo de la anestesióloga es necesario actualizar los documentos de consentimientos informados otorgados a los pacientes antes de la realización de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El principal objetivo de este proyecto es la redacción y la implantación en nuestro servicio de nuevos documentos para que los pacientes reciban la información adecuada acerca de las técnicas de anestesia locorregional y puedan de esta manera dar su consentimiento para la realización de las mismas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la elaboración de estos documentos será necesario consultar la bibliografía existente acerca de los riesgos-beneficios de estas técnicas locorregionales, así como las recomendaciones clínicas de las sociedades científicas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la evaluación de la inclusión de estos documentos se procederá a la revisión de historias clínicas para comprobar la existencia de los mismos en la historia clínica del paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto será iniciado a lo lago del año 2017 (recopilación de información y consulta de guías clínicas de referencia); posteriormente se procederá a la edición de los documentos (noviembre-diciembre del presente año) y la comprobación posterior de cumplimentación del documento se realizará en los meses siguientes (dando tiempo suficiente a la implantación del mismo).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. consentimiento informado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE FOLLETO INFORMATIVO ACERCA DE LA LABOR ASISTENCIAL DEL ANESTESIOLOGO EN QUIROFANO DIRIGIDO A PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GARCIA LECINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SAEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· HOJAS GASCON GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ GARCES TOMAS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLARROYA GONZALEZ ADELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RIVERO SALVADOR TAMARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASANS FRANCES RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARIN ZALDIVAR CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El miedo, en la inmensa mayoría de casos infundado, a ser anestesiado o sedado en una intervención quirúrgica o prueba diagnóstica añade ansiedad innecesaria a procesos ya de por sí poco gratos para el paciente. La anestesia ha sido una de las grandes revoluciones en medicina del último siglo. Su utilización ha permitido salvar millones de vidas. Sin embargo, goza de una inmerecida reputación y son muchos los que viven con miedo tener que pasar por una intervención que requiere ser anestesiado. El espectacular avance que la anestesiología ha experimentado en los últimos años debería haber jugado a favor de su aceptación social, en tanto en cuanto permite realizar intervenciones que sanan y que sin ella, el dolor las convertiría en impracticables. Sin embargo, las falsas creencias, negativas en su mayoría, en torno a la anestesia son muchas: miedo a no despertar, a que “se pase el efecto” o a una mala administración que no acabe con el dolor…

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tratar de romper falsas creencias injustamente asociadas a la anestesia así como dar a conocer a la población en general cuál es la verdadera labor del anestesiólogo, dando respuestas a las preguntas más comunes acerca del proceso anestésico. Es necesario cambiar la mentalidad de los enfermos. La anestesia general en sus orígenes era una técnica peligrosa por cuanto la administración de los medicamentos anestésicos se hacía de una forma empírica; se buscaba la inconsciencia del paciente a toda costa. Esta manera de proceder ocasionó múltiples accidentes con resultados fatales y creó un sentimiento generalizado de temor a la anestesia que ha llegado hasta nuestros días. Sin embargo muchos han sido los avances desde entonces. Actualmente gracias a la anestesia los pacientes pueden ser sometidos a intervenciones o pruebas diagnósticas impracticables sin ella y la labor del anestesiólogo es velar para que el paciente no pase por situaciones de peligro vital durante estos procesos. Los pacientes

deberían conocer la verdadera misión del anestesiólogo, quizás así se disminuiría en gran medida el estrés y la ansiedad que genera la entrada a un quirófano.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Existen múltiples opciones para llevar a cabo este proyecto. El equipo estaría dispuesto a realizar charlas en distintos centros de salud, aulas,...

Sin embargo lo más factible y aquello que estimamos, puede resultar más productivo, es la redacción de un texto sobre papel, en el que se explique la verdadera labor del anestesiólogo, respondiendo, como hemos comentado con anterioridad, a las cuestiones más frecuentes que se plantea la población general acerca del proceso anestésico y su seguridad en quirófano. Éste texto, pensamos, podría darse a modo informativo en la consulta preanestésica, a cada uno de los pacientes que fuesen a ser sometidos a un proceso quirúrgico-anestésico, junto con los consentimientos informados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creación folleto informativo: Si.

Porcentaje de pacientes a los cuales se entrega el folleto (al menos 80%) .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cuarto trimestre 2016 elaboración de folleto informativo.

Proyecto: 2016_1706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE FOLLETO INFORMATIVO ACERCA DE LA LABOR ASISTENCIAL DEL ANESTESIOLOGO EN QUIROFANO DIRIGIDO A PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA

Primer semestre 2017 inicio de aporte del folleto a cada uno de los pacientes en la consulta preanestésica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología Quirúrgica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1753 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

2. RESPONSABLE ..... GEMA GRIMA LAENCINA
· 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 JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· SANCHO GRACIA NOEMI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· MARTIIN HERRERO EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· CARRANZA NAVARRO PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· MONCHE PALACIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· VALDRES CARROQUINO NIEVES. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las amputaciones mayores son un tratamiento quirúrgico en pacientes con patología arterial periférica que, pese a los avances en material y técnica quirúrgica en las últimas décadas, todavía se utilizan de forma frecuente en la etapa crítica de la enfermedad.
En los principales estudios en pacientes con isquemia crónica crítica de EEII se observa que aproximadamente un 25-30% necesitará una amputación mayor durante el primer año y que aproximadamente un 30% de estos pacientes podrían necesitar una amputación contralateral o una reamputación en la misma extremidad.
Se han visto tasas de curación por primera intención en amputaciones infracondíleas de un 60% aproximadamente, observando un 15% estimado de conversión a amputación supracondílea al año. La tasa de curación primaria de la amputación supracondílea es mayor al 95% de los casos en la literatura. En los factores que pueden influir en la baja tasa de curación primaria de las amputaciones por debajo de la rodilla se observan, entre otros, los cuidados postoperatorios ambulatorios; fundamentales para evitar sobreinfecciones y dehiscencias de las heridas operatorias.
Pero no solamente hay que tener en cuenta los resultados respecto al éxito operatorio, sino que el hecho de haber sido sometido a una amputación mayor significa una carga social y psicológica para el paciente ya que hay un cambio tanto en la fisionomía como en el estilo de vida que puede tener consecuencias importantes si no son manejadas de forma adecuada.
La propuesta de este programa de educación en amputados responde a una necesidad socio-sanitaria para mejorar los cuidados postoperatorios del muñón de amputación y conseguir la mejor adaptación posible del paciente a este importante cambio de vida.
Se precisa una evaluación interdisciplinaria: el manejo del dolor, la rehabilitación física-psicológica y la adaptación protésica, preparando así al paciente en el proceso de reintegración familiar, social y laboral.
El objetivo es educar al paciente así evitando posibles complicaciones en el muñón de amputación para lograr rehabilitarse y recuperar al máximo nivel posible la funcionalidad e independencia y mejorar así su calidad de vida; tanto a nivel físico como psicológico y social. Todo ello se debe iniciar lo antes posible tras la amputación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana del proyecto son los pacientes post operados de una amputación mayor de la extremidad inferior.
El objetivo es poder brindar al paciente la información suficiente para poder realizar una recuperación integral y minimizar el riesgo de complicaciones. Se tratarán temas que se enumerarán en el apartado 6.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se llevará a cabo la confección de un tríptico informativo para pacientes post-amputados. Abarcará los siguientes items:
- Analgesia adecuada en su domicilio
- Medidas dietéticas, para mejorar la cicatrización y mejorar la fuerza muscular, necesaria para su rehabilitación.
- Cuidados e higiene del muñón de amputación:
- Mantener normas de asepsia durante las curas tópicas
- Mantener higiene corporal estricta
- Evitar traumatismo del muñón
- Educar en el cuidado de la piel
- Reconocer los signos de complicaciones
- Lograr la aceptación de su nueva imagen corporal
- Mejorar su estado de ánimo y afrontar la experiencia sufrida
- Lograr el máximo nivel de autonomía
- Acondicionamiento del hogar acorde a las necesidades requeridas

Se redactará el texto, el cual será presentado en reunión del comité de calidad de AYCV para revisión y corrección. Posteriormente, ya aprobado el texto, se presentará en formato tríptico (cuyo diseño será realizado por un profesional), para aprobarse en una segunda reunión. Ya realizadas las correcciones pertinentes se enviará a imprenta para tenerlo a disposición de los pacientes.

Proyecto: 2016_1753 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluarán los siguientes indicadores:
• Entrega del material a > 90% de la población objetivo a partir de que éste se encuentre disponible
Como se evaluará el indicador:
• Se registrará en los controles en CCEE posteriores al alta si el paciente recibió el tríptico informativo al durante el ingreso o al alta hospitalaria.
• Se realizará una revisión de este registro a los 6 meses y al año de haber implementado el programa para valorar el cumplimiento de la cobertura.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Fecha prevista de inicio: Noviembre 2017
- Fecha prevista de finalización: Junio 2018
- Redacción del texto del tríptico:
Responsable: Gema Grima Laencina
Duración: 2 meses
- Realización del diseño gráfico del tríptico:
Responsable:
Duración: 2 meses
Se presentará el borrador con texto e imágenes en reunión del comité de calidad el . Se llevarán a cabo las modificaciones teniendo un plazo de 2 semanas para presentar el borrador final para su aprobación.
Posterior a esto se llevará a imprenta para obtener las copias y poder utilizarlas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· 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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· BARRA PARDOS MARIA VICTORIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las causas más comunes de un aumento no fisiológico de la prolactina son el prolactinoma, lesiones en la región del hipotálamo-hipófisis y las hiperprolactinemias producidas por medicamentos. La prolactina se puede encontrar en circulación como un monómero de 23kDa, un dímero de 45 kDa o como macroprolactina, formada en la mayoría de los casos por una molécula monomérica y una inmunoglobulina G. En el procedimiento de medida pueden detectarse falsas hiperprolactinemias debidas a interferencias producidas por macroprolactinas, presentando los diferentes inmunoanálisis comerciales distinta susceptibilidad. La prevalencia y la repercusión clínica de la presencia de una macroprolactina no se conoce con exactitud, pero es un fenómeno frecuente, esto implica la necesidad de diferenciar la macroprolactina de las causas más relevantes de hiperprolactinemia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La MPRL tiene una actividad biológica limitada y menor biodisponibilidad que la monomérica, además es inmunorreactiva y produce resultados de PRL por encima del intervalo de referencia ya que se elimina más lentamente acumulándose en suero y produciendo hiperprolactinemia aparente.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de MPRL en pacientes con hiperprolactinemia mediante la precipitación con PEG de la MPRL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todos los miembros del equipo de mejora participarán de forma activa en las diferentes etapas del proyecto que consistirá en lo siguiente: seleccionar pacientes con distintos niveles de prolactina en sangre y posteriormente establecer una población de refencia y otra con hiperprolactinemia. La cuantificación de prolactina se realizará por quimioluminiscencia. Como método para la detección de la macroprolactina se empleará precipitación con polietilenglicol 6000, posteriormente se calculará el porcentaje de recuperación de la prolactina y se determinará la prevalencia de las hiperprolactinemias consecuencia de una macroprolactina.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se comparará la población control, en la que se detecta una concentración de prolactina dentro del intervalo de refencia, con la población en la que se detecta hiperprolactinemia, para ello se realizará una estadística descriptiva

Se calculará el porcentaje de sueros hiperprolactinémicos para posteriormente

Se interpretarán las posibles interferencias, se establecerá el límite de corte y se calculará la prevalencia de macroprolactina, para ello se empleará como índice el procentaje de recuperación de prolactina.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene como fecha prevista de inicio noviembre-diciembre de 2016, periodo en el que se comenzará a seleccionar las muestras, cuantificar las prolactinas y recoger datos. A comienzos de año 2017, se procederá a realizar la precipitación con polietilenglicol a todas las muestras seleccionadas durante el periodo anterior y se calculará el porcentaje de recuperación de la prolactina. Finalizará el proyecto en abril-mayo de 2017 con el análisis estadístico y la evaluación sobre la posible inclusión de la detección de macroprolactina en sueros hiperprolactinémicos a fin de eliminar la interferencia por macroprolactina

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0611 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

2. RESPONSABLE ..... JOSE RUIZ BUDRIA
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LETAMENDI VIÑAU MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· LARA NAVARRO EMMA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· ANDRES OTERO MARIA JESUS. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” se encuentra acreditado según norma UNE-EN-ISO 15189 desde el año 2007

El apartado 5.3.2.4 de la norma, trata de la gestión de inventario y expone la necesidad de establecer un control de inventario para los reactivos y materiales fungibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es informatizar todo el proceso de gestión de stock en el módulo propio que está disponible en el SIL de laboratorio (MODULAB GOLD).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar el sistema de gestión de stock y realización de pedidos de los reactivos de las distintas secciones del laboratorio de Bioquímica, incluyendo al laboratorio de urgencias

Las actividades a realizar serán:
Recopilación de los datos identificativos de los reactivos (Nombre, proveedor, referencia proveedor, código serpa, etc…) Responsable: Mª Teresa Letamendi
Cálculo de stock mínimo y máximo necesario para cada reactivo, dependiente de la frecuencia de realización de pedidos. Responsables: José Ruiz Budría, Emma Lara Navarro, Mª Jesús Andrés Otero.
Introducción de los datos al programa de laboratorio. Responsable: José Ruiz Budría
Habilitación del módulo de stock a todo el personal de laboratorio: Responsable: Mª Ángel Julián Ansón.
Formación del personal Técnico. Responsables: José Ruiz Budría, Mª Jesús Andrés Otero

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de reactivos caducados
Se calculará trimestralmente por almacén indicando el número absoluto de reactivos caducados. Objetivo 0 reactivos caducados
% de reactivos en rotura de stock extrema (Falta de reactivos).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recopilación de datos: Hasta final de 2016
Cálculo de stock e introducción de los datos al SIL: Primer trimestre 2017

-Formación del personal técnico en el uso del módulo de Gestión de Stock: Hasta fin primer trimestre 2017
Seguimiento durante un año de stock máximo y mínimo y modificaciones si son necesarias
Seguimiento del cumplimiento de entradas y salidas del módulo de Gestión de Stock

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO ENPACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO CUEVA RECALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· BIRSASTEANU BOERU DANIELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· ANDRES SANCHEZ ARTURO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· FERRER NAVARRO MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes que han sufrido un evento cerebrovascular isquémico, ictus o AIT, requieren una evaluación etiológica que permita una adecuada prevención secundaria precoz, sobre todo los casos de perfil embólico. Una parte fundamental es la valoración cardiológica, se ha estimado que el 15-20% de los ictus isquémicos se deben a embolia cardiaca. Los casos de ictus criptogénicos incluyen fibrilación auricular paroxística. Finalmente, se ha demostrado alta incidencia de patología cardiovascular en este subgrupo.
La valoración cardiológica hospitalaria tiene como objetivos: (1) detección de posible fuente cardioembólica y (2) valoración y tratamiento de las patologías cardiacas identificadas.
La detección de fuente cardioembólica se basa en tres pilares: valoración clínica cardiológica, monitorización de ECG y ecocardiograma. La monitorización ECG (48-72h) se realiza de rutina en el Servicio de Neurología. En lo referente a la ecocardiografía, la realización misma del estudio y modalidad a utilizar (transtorácico o transesofágico) no ha sido uniforme. Adicionalmente la selección de pacientes en los cuales la prueba tendría un impacto directo en el tratamiento tampoco se ha consensuado. La valoración clínica cardiológica es indispensable para superar estos inconvenientes.
Todo lo anterior se traduce en problemas de organización y logísticos como: (1) realización del ecocardiograma durante la fase aguda del ictus, en pacientes con secuelas neurológicas que dificultan la correcta adquisición de imágenes, además del riesgo consiguiente de movilizar enfermos en esta situación clínica; (2) en ocasiones la inadecuada selección de la modalidad ETT/ETE lleva a movilizar al enfermo dos días distintos (ayuno no planificado para ETE); (3) demora en la toma de decisiones terapéuticas (tiempo transcurrido entre ecografía y valoración); (4) realización de estudios que no cambiarían el tratamiento del paciente, ya sea por contexto clínico, comorbilidades o por contar ya con diagnóstico establecido de cardiopatía; y (5) prolongación de la estancia media en periodos de saturación asistencial de la Sección de Ecocardiografía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Así nace la necesidad de implementar la valoración cardiológica de alta resolución con los siguientes objetivos:
•Optimización de la valoración cardiológica a los pacientes con ictus isquémico.
•Reducir el tiempo de espera para la valoración cardiológica, ecocardiografía y decisiones terapéuticas (reducción de estancia media).
•Aumentar los pacientes con plan terapéutico y de seguimiento cardiológico al alta.
•Reducción de morbimortalidad y reingresos hospitalarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los pacientes que ingresen en la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología con diagnóstico de ictus isquémico de perfil embólico serán valorado por los facultativos de ese servicio, quienes solicitarán mediante Hoja de Colaboración: Valoración de Cardioembolismo. Esta valoración será realizada por los facultativos de la Sección de Pruebas Funcionales No Invasivas del Servicio de Cardiología.
•Dr. Juan Francisco Cueva R.
•Dra. Daniela Birsasteanu
La colaboración constará de los siguientes elementos:
•Valoración cardiológica, comorbilidades cardiacas y pruebas complementarias.
•Definición de la estrategia diagnóstico-terapéutica: modalidad de ecocardiografía, Holter ECG, ajuste de tratamiento cardiológico, valoración de contraindicación para anticoagulación y recomendación de la mejor opción farmacológica.
•Realización de ecocardioscopia como técnica de screening de cardiopatía estructural y de selección de casos que requieran valoración más completa.
•Planificar la realización de ETE en los pacientes seleccionados para esta modalidad.
•Implementación de un plan terapéutico y de seguimiento cardiológico de los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se han planificado monitorizar dos tipos de resultados: cobertura y eficiencia:
•Tiempo desde el ingreso hasta la valoración cardiológica/realización de ecocardiograma.
•Tiempo desde ingreso hasta el inicio de anticoagulación.
•Proporción de ictus definidos como cardioembólicos en los que se demuestra fuente cardiaca/fibrilación auricular.
•Proporción de pacientes con Anticoagulantes de Acción Directa.

Proyecto: 2016_0466 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO ENPACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

•Proporción de pacientes con ecocardiograma/ecocardioscopia al alta.
•Proporción de pacientes con valoración cardiológica al alta.
•Proporción de pacientes con plan terapéutico cardiológico al alta.
•Estancia media de los pacientes ingresados por ictus isquémicos.
•Mortalidad e ingresos hospitalarios en los 6 meses después del evento índice.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se ha comprobado la factibilidad de la actividad. En adelante se plantea como una actividad continuada. A partir del mes de octubre de 2016 se iniciará el registro de casos en la base de datos. El análisis de resultados se realizará a los 6 y 12 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0790 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

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.
· CARMONA AYNAT AMALIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· CECILIO IRAZOLA ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· BURILLO GIL MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La endocarditis infecciosa es una enfermedad relativamente poco frecuente, pero con un fuerte impacto en la comunidad por su morbimortalidad y el consumo de recursos que conlleva. En los hospitales sin servicio acreditado de cirugía cardiaca, la atención a los pacientes con endocarditis infecciosa es compleja y requiere igualmente de la colaboración de facultativos de distintas especialidades. El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con un abordaje multidisciplinar, que puede llegar a necesitar de cirugía en el 40-50% de los pacientes, ha demostrado reducir la mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
*Establecer protocolos de evaluación diagnóstica precoz del paciente con sospecha de endocarditis infecciosa.
*Seguimiento clínico-terapéutico de los pacientes con endocarditis infecciosa.
*Revisión y análisis de los casos incidentes en nuestro centro.
*Actualización del documento de prevención de endocarditis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase 1. Constitución del equipo de trabajo: Integrado por dos expertos en enfermedades infecciosas, una médico internista y tres cardiólogos (1 imagen cardiaca y dos clínicos).
Fase 2. Puesta a punto de las herramientas y dinámica de trabajo: Elaboración de un documento de evaluación diagnóstica ante la sospecha de endocarditis infecciosa, seguimiento y criterios de derivación.
Fase 3. Oferta de soporte especializado para la asistencia a pacientes con endocarditis infecciosa.
Fase 4. Revisión de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de proceso:
• Tiempo desde inicio de síntomas hasta obtención de hemocultivos
• Tratamiento antibiótico antes de la obtención de hemocultivos
• Tiempo hasta identificación del microorganismo
• Porcentaje de ecocardiograma transesofágico
Indicadores de resultado:
• Mortalidad (intrahospitalaria).
• Necesidad de cirugía cardiaca.
• Estancia hospitalaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende que esta acción sea mantenida en el tiempo.
Cronograma
Fase 1: 11/2015
Fase 2: 12/2015 – 2/2016
Fase 3: 3/2016
Fase 4: 2016/17

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0140 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE ..... PABLO ROYO DACHARY
· 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.
· ALMEIDA PONCE HELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ GUILLEN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PALACIOS GASOS PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FERNANDEZ PERA DIEGO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· POLA BANDRES GUILLERMO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· NAVARRO BARLES ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALLUE CABAÑUZ MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las tasas de mortalidad y de complicaciones postoperatorias de muchos procedimientos quirúrgicos varían significativamente entre centros. Esta no siempre es atribuida a la cirugía en sí, sino que la causa puede ser multifactorial, y en algunos casos evitable.
El registro y el análisis de la mortalidad y las complicaciones perioperatorias han demostrado ser uno de los instrumentos más efectivos para reducirlas y para mejorar la calidad asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera tener un registro fiable y continuo de la actividad del Servicio, que nos permita saber cuales son nuestros resultados actuales y poder analizar la evolución temporal. Esta base de datos se empleará para realizar sesiones de morbi-mortalidad trimestrales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará una base de datos que permita la recogida de los datos y el análisis y comparación de los datos a tiempo real. La base de datos se elaborará en una tabla Excel que cumplirá con la actual ley de protección de datos, alojándose en un ordenador del hospital, bajo clave y sin contener datos personales de los pacientes. La base de datos se registrará en el hospital.
Esta base incluirá tablas para analizar en el momento los resultados según periodos de tiempo concretos, cirujano, patología, etc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizarán sesiones de morbi-mortalidad trimestrales empleando la base de datos que incluya el 100% de los pacientes que ingresan en el servicio de Cirugía General.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Existe ya un boceto de la base de datos, que se adaptará para poder incluir pacientes de las cuatro secciones del Servicio. La base da datos debe estar completa para empezar en 2017 a registrar el 100% de los pacientes

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARTINEZ GUILLEN
· 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.
· ROYO DACHARY PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SOLANAS GRACIA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PALACIOS FANLO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALMEIDA PONCE HELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MILLAN GALLIZO GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANCHEZ BLASCO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· HERNAEZ ARZOZ ALBA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El protocolo quirúrgico es un documento con información fundamental de todos los aspectos clínicos acontecidos durante el acto quirúrgico. La cumplimentación en historia clínica informatizada (HCI) 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. Según estudios publicados (Amarasinghma R. et al., 2009) los hospitales que utilizan la historia clínica informatizada (notas, registros, prescripción electrónica y sistemas de apoyo a la decisión) tienen menos complicaciones y una menor mortalidad con menor coste que los que no la utilizan. Aunque en nuestro centro, algunos servicios cumplimentan el protocolo quirúrgico en historia clínica informatizada, su práctica no está generalizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el grado de utilización del protocolo quirúrgico informatizado, lo que permitirá:
- Mejorar la legibilidad 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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Una realización de protocolo quirúrgico superior a un 70% en 2017.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Metodología de evaluación: Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través de la HCI. Número estimado de intervenciones quirúrgicas a evaluar: 4400. La comprobación se realizará a partir de la explotación de la HCI y se comparará el periodo enero-abril de 2009 con el periodo enero-abril de 2010.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016 formar grupo trabajo, contacto con el Servicio de Informática.
Noviembre 2016 creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro Servicio.
Noviembre - Diciembre 2016: Integración del protocolo quirúrgico informatizado en el programa HpDoctor.
Enero 2017: Valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados con el fin de detección de problemas y resolución.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACIÓN DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICIÓN DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO SOLER LANZUELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO FENERO SARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras los proyectos de mejora de años anteriores en los que se creo un taller para pacientes ostomizados y familiares, se detecto que el formato power point no cubre todas las necesidades explicativas de como realizar la higiene del estoma que esperaban los asistentes a los talleres.
Con la oportunidad que se le ha brindado al grupo de ostomias, aun pendiente de creación, por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital Clinico de impartir cursos/sesiones clínicas a lo profesionales sanitarios, se observó que seria recomendable ampliar el soporte informático de estas mismas sesiones. Así pues se decidió a pedir este proyecto de mejora con el objeto de crear un vídeo en el que aparezca un paciente/persona portadora de una ostomía realizando el aseo de esta misma y llevando a cabo un cambio de bolsa, en el que este mismo participante haga un testimonio sobre todo su proceso hasta su situación actual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de un vídeo explicativo y testimonial sobre cómo llevar acabo la higiene y cambio de bolsa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los integrantes del grupo se pondrán en contacto con la estomaterapeuta del Hospital Clínico, ya conocedora del proyecto, para localizar un posible participante del vídeo.

Se pedirá autorización a la dirección del Hospital para poder llevar a cabo la grabación del vídeo.

Se pedirá autorización al participante del vídeo para poder usar su imagen y proyectar este vídeo en las diferentes sesiones que se lleven a cabo.

Creación del vídeo por parte de los integrantes del grupo de ostomías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de posibles participantes.
Se obtendrán a través de la consulta de estomaterapia.
Se monitorizaran mediante una hoja de excel de recogida de datos.

- Creación del vídeo.
Fases de grabación y edición del vídeo.
Se realizará una linea de tiempo para no exceder la fecha prevista de grabación y edición.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio: tan pronto como se resuelva la resolución de los proyectos de mejora 2016.
- Petición de autorización a los diferentes servicios de dirección del Hospital Clinico.
- Localización de participantes.
- Grabación del vídeo.
- Edición de vídeo.
- Presentación a dirección del Hospital.
- Fin de proyecto Septiembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0597 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

2. RESPONSABLE ..... MARIA AZUCENA GONZALO RODRIGUEZ
· 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.
· CECILIO IRAZOLA ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BONAGA SERRANO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· MOZOTA DUARTE JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los microorganismos pierden con el tiempo su sensibilidad natural a los antimicrobianos debido a la transmisión de resistencias y a la influencia del uso de los antimicrobianos. El incremento de las resistencias y la escasez de nuevos antibióticos nos presenta un futuro poco esperanzador que preocupa a diversas instituciones sanitarias internacionales.

La prescripción de antimicrobianos está interferida por múltiples circunstancias. Estas limitaciones pueden ser tanto de conocimiento de la realidad epidemiológica del centro como logísticas o de actitud ante la incertidumbre clínica.
El hecho es que cuando se ha evaluado, el 35-50% de los tratamientos antibióticos son mejorables.
La mejora de la calidad de uso de antibióticos pasa por que los prescriptores adquieran y se adhieran a buenas prácticas, lo que precisa de un cambio en los hábitos de prescripción. Debe incluir la identificación de los principales problemas y su priorización, planificación de diferentes medidas y evaluación de su impacto.

Debido a la complejidad actual de los pacientes quirúrgicos, se ha planteado la posibilidad de iniciar un proceso de mejora de uso de antimicrobianos (PROA) en el servicio de Cirugía General del HCUZ. Estos pacientes pueden presentar enfermedades infecciosas que requieran tratamiento quirúrgico y antimicrobiano asociado; y a su vez distintas infecciones nosocomiales se pueden añadir en estos pacientes. La gravedad, las comorbilidades y la procedencia de estos pacientes pueden influir tanto en el tratamiento antimicrobiano apropiado, como en la profilaxis adecuada.
Por el posible impacto en el tratamiento de estos pacientes y la mejora en la calidad asistencial del HCUZ, el servicio de Cirugía General del HCUZ se presenta como una oportunidad excepcional para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo primario
Mejorar la calidad de uso de antimicrobianos en un Servicio de Cirugía General.
Objetivos secundarios
-Disminuir presión antibiótica.
-Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora de la calidad de uso de antibióticos
-Certificar la validez de PROA ya utilizado en otros servicios médicos (urgencias, medicina interna) en un Servicio Quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase 1. Constitución del equipo de trabajo
-Inclusión (PROA) como objetivo del Servicio de Cirugía.
-Designación de responsable PROA del Servicio así como otras personas clave del Servicio (PCS)
-Incorporación de Microbiología y Farmacia al grupo para la constitución del Grupo de Trabajo (GdT) PROA. Trabajo de forma coordinada y multidisciplinar. Se acordará la periodicidad de las reuniones y la estructura de los resúmenes de las reuniones, responsabilidad de la PCS.
Fase 2. Evaluación de los problemas de uso de antimicrobianos, priorización y planificación de actividades
-Realización de un corte de uso de antimicrobianos (point-prevalence survey) y de una encuesta a los miembros del Servicio
-Priorización de los problemas observados por parte del GdT PROA
-Planificación de Actividades. La cartera de actividades a desarrollar son: implementación de protocolos antibióticos, desarrollo de la prescripción electrónica, actividades docentes presenciales/online, coaching antibiótico (a demanda) y coaching antibiótico (sistema de alertas)
Fase 3. Implementación de las actividades
Comunicación al Servicio de las actividades planificadas y de las PCS
-Implementación de las actividades conforme a un cronograma previamente acordado
Fase 4. Evaluación del impacto de la intervención

Proyecto: 2016_0597 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Análisis de los indicadores seleccionados.

Se utilizarán los indicadores de calidad de uso de antibióticos propuestos por van den Bosch et al en 2014 (PMID 25266285), medidos como proporción de pacientes:
1. con síntomas sistémicos en los que se han obtenido 2 hemocultivos
2. en los que se han obtenido muestras del foco de infección
3. con tratamiento empírico en los que se han seguido las guías locales
4. en los que se ha ajustado el tratamiento al resultado microbiológico
5. en los que se ha ajustado la posología a la insuficiencia renal
6. en los que, siendo factible, se utiliza antibioterapia oral
7. con duración excesiva de tratamiento
8. en los que se ha documentado el plan antibiótico
Los indicadores se medirán a través de cortes de uso de antibióticos que se realizarán mensualmente durante la intervención.
Se medirá también la utilidad de la actividad percibida por los miembros del Servicio así como el impacto sobre el consumo de antimicrobianos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Calendario previsto:
Fase 1 Evaluación de la situación basal, priorización de problemas y diseño de las actividades de mejora, implantación de la prescripción electrónica: Octubre-Diciembre 2016
Fase 2: Ciclo 1 Enero-Marzo 2017
Fase 3: Ciclo 2 Abril-Junio 2017
Fase 4: Evaluación de resultados: Julio-Septiembre 2017
Cada uno de los dos ciclos consistirá en la implementación de las actividades de mejora. Entre el primer y el segundo ciclo ser procederá a medir el impacto de las actividades para considerar la adaptación de las mismas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0728 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PALACIOS FANLO
· 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.
· GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CALVO CATALA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CANDEAL HARO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad, el tratamiento de la obesidad se ha convertido en uno de los principales retos de los sistemas sanitarios. El objetivo de este tratamiento es conseguir una pérdida ponderal adecuada y mantenida en el tiempo que resuelva o mejore las comorbilidades asociadas, evite el riesgo de muerte prematura y mejore la calidad de vida de los pacientes. De ahí la importancia de monitorizar el resultado del tratamiento quirúrgico mediante métodos validados y reconocidos por las sociedades científicas.
El bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) continúa siendo el gold estándar en cirugía bariátrica, sobre todo en pacientes con IMC>45 kg/m2 y especialmente en Cirugía Metabólica. En la actualidad supone más del 50% de las intervenciones que se realizan en el Hospital Clínico de Zaragoza (HCU) (datos de 2015-2016). Se trata de una técnica mixta, con un grado alto de complejidad. La morbimortalidad disminuye drásticamente con la experiencia del cirujano y con la optimización preoperatoria de los pacientes.
El objetivo de esta optimización es conseguir la pérdida de un 10% del peso previo a la intervención quirúrgica. Existe evidencia científica que esta pérdida de peso produce una disminución del tamaño hepático y de la grasa intraabdominal, lo que mejora la visión intraoperatoria de la unión gastroesofágica y facilita el acto quirúrgico proporcionando una serie de ventajas como el acortamiento del tiempo quirúrgico, reducción del número de complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y finalmente mayor adherencia del paciente a los cambios en el estilo de vida tras cirugía. (Martínez –Ramos D et al. Cir Esp 2012, White MA. J Clin 2010).

La optimización preoperatoria se consigue mediante dietas VLCD (muy bajas en calorías), pautas de ejercicio físico (principalmente caminar, bicicleta y ejercicios en piscina en aquellos pacientes con dificultades locomotoras) y modificación de hábitos alimenticios y estilo de vida.
Las dietas VLCD son productos alimenticios presentados en distintos formatos (batidos, barritas, purés….), aceptados por la SECO y la SEEDO y de fácil adquisición en farmacias y supermercados. Sustituyen una comida y son más económicos que la comida habitual.
De enero de 2014 a junio de 2016 se intervinieron en el HCU 69 pacientes con OM realizándose BGYRL, con una estancia media postoperatoria de 6,4 ± 4,7 días. La duración de la intervención quirúrgica fue de 168±77 minutos.
En cuanto a la morbilidad nuestras cifras están situadas por debajo de los estándares (7,23%). No hubo mortalidad.
Pero tan sólo 21 pacientes (30,4%) fueron preparados para la cirugía mediante una dieta VLCD.
A pesar de que los resultados obtenidos por nuestros pacientes son muy buenos, consideramos que la implementación de la optimización en los pacientes obesos previo a la cirugía bariátrica puede mejorar los resultados quirúrgicos y ahorrar costes económicos mediante la reducción del tiempo quirúrgico y la estancia media.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir optimizar el 70% de los pacientes que van a ser sometidos a BGYRL en el HCU durante el año 2017 supondrá:
A.Disminuir el tiempo quirúrgico (menor 150 minutos)
B.Disminuir la estancia hospitalaria en 2 días (tiempo de estancia: 4 días)
C.Disminuir el índice de complicaciones
D.Aumentar la satisfacción del paciente
E.Mejoría en la calidad de vida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se determinarán los pacientes obesos mórbidos candidatos a BGYRL. Se establecerá un orden de acuerdo a la antigüedad en lista de espera y criterios de priorización (superobesidad y comorbilidades mayores asociadas).
El paciente se citará en consultas externas con 2 meses de antelación a la fecha probable de quirófano para comenzar la optimización, coincidiendo con la actualización del preoperatorio y preanestesia.
Se le pautará la dieta VLCD para sustituir la comida, cuyo gasto económico será sufragado por el propio paciente (estimado entre 60 euros a un máximo de 150 euros dependiendo del producto elegido). Este coste económico es menor que la alimentación habitual del paciente.
Al mismo tiempo se le marcarán unas pautas de ejercicio físico dependiendo de sus características y se aconsejará el abandono del hábito tabaquito (apoyado puntualmente por la Unidad de deshabituación tabáquica) y cambios en el estilo de vida.

Proyecto: 2016_0728 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará a principios de 2018 el porcentaje de pacientes obesos operados optimizados de forma preoperatoria, el grado de cumplimiento, el porcentaje de peso perdido de forma preoperatoria, la morbimortalidad postoperatoria, tiempo quirúrgico y estancia media.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016
- Determinar los pacientes que van a ser sometidos a BGYRL durante el año 2017 (se estima un mínimo de 50 BGYRL anuales) y establecer un orden.
NOVIEMBRE 2016-DICIEMBRE 2017
- Se comenzara la optimización preoperatoria. El tiempo estimado para conseguir el objetivo de disminuir un 10% el peso es entre 4-6 semanas.
ENERO 2018
- Evaluación de los resultados obtenidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0754 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DIARTE ABENIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER LANZUELA FRANCISCO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BUENO FENERO SARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MORENO SANZ MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el HCU Lozano Blesa existe una unidad de estomaterapia para la atención a pacientes ostomizados. Diversos estudios demuestran la importancia de la atención especializada previa a la intervención, así como del seguimiento a corto y largo plazo, para la mejora de la calidad de vida y prevención de complicaciones.
Actualmente no existe un circuito sistematizado de derivación de los pacientes a la unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un flujograma de derivación entre el servicio de Cirugía General y la Unidad de Estomaterapia para pacientes:
- Que van a someterse a la realización de una ileostomía/ colostomía para la visita prequirúrgica (preparación, marcaje del estoma).
- Que han sido intervenidos, para el seguimiento y educación sanitaria durante la hospitalización, y al alta hospitalaria.
-Que habiendo sido intervenidos con anterioridad, precisen de atención especializada por parte de la Unidad de Estomaterapia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se programará una reunión con el equipo de mejora a primeros de noviembre 2016, para poner en común ideas y propuestas de puesta en marcha del circuito.
Noviembre 2016: Información al resto de integrantes de la unidad de cirugía general (enfermeros / cirujanos coloproctología), del procedimiento dederivación elegido.
Diciembre 2016: Puesta en marcha del circuito.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Realización del circuito: SI/NO.
-Porcentaje de pacientes que van a ser sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que son derivados a la Unidad de Estomaterapia para la visita prequirúrgica.
-Porcentaje de pacientes sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que reciben atención por parte de la Unidad de Estomaterapia durante la hospitalización.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre/ Noviembre 2016: Elaboración del circuito y difusión del mismo.
Diciembre 2016: Puesta en marcha del circuito.
Marzo 2016: Evaluación.

9. OBSERVACIONES.
Se valorará la realización de una hoja específica de solicitud de colaboración/ derivación a la Unidad de Estomaterapia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, malformaciones, traumatismos.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0838 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... LAURA LAMATA DE LA ORDEN
· 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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAGUARTA BLAS TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BELANCHE MANCEBON ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VILELA MIRAMON IRMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAFUENTE JUAN JOSEFINA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARDE SABALZA MARIA PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria son inherentes a la misma. Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente. A nivel nacional, la incidencia de eventos adversos relacionados con la cirugía está en torno al 10,5%, de los que una tercera parte serían evitables. Tras la creación de las Unidades parece haberse incrementado en el Servicio de Cirugía General-Hospitalización diversos errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente y reducir la calidad asistencial.

Ante este problema se creó un grupo de mejora para analizar en profundidad la problemática desde todos los puntos de vista de los integrantes del Servicio. Los componentes del grupo son: el Jefe de Servicio, la supervisora de Enfermería, un FEA representante de cada Unidad (Coloproctología, Esofagogástrica y Pared, Cirugía de Mama y Endocrina, Hepatobiliopancreática), dos residentes, tres enfermeras, tres auxiliares de enfermería, un celador y una administrativa.

El análisis de la problemática en seguridad se llevó a cabo siguiendo la metodología del grupo nominal. Los principales puntos sobre los que se objetivaron problemas fueron: prescripción médica, deficiente comunicación entre los diferentes estamentos, personal deficiente / inadecuado, ausencia/no cumplimiento de los protocolos clínicos, organización del pase de visita, problemas relacionados con información al paciente y derecho a la intimidad.

Este proyecto de mejora se centra en establecer unos indicadores objetivos que midan la respuesta rápida del servicio ante una duda de enfermería o un problema agudo del paciente ingresado en turno de mañana a través de la designación de un médico responsable por Unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es mejorar la calidad asistencial hospitalaria en los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía, a través de una asistencia precoz, específica (por parte de un miembro de cada unidad) y continuada a la vez que se mejora la relación médico-enfermera (demanda del personal de enfermería) con un mejor empleo del tiempo de trabajo por parte del equipo de enfermería, a la par que se minimizan las situación de stress, cuando se demanda atención médica preferente en jornada habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La comisión de mejora de calidad asistencial del servicio ha propuesto (reunión del 7/10/2016) que los coordinadores de cada Unidad deberán asignar un responsable de planta de jornada matinal diario con programación semanal así como determinar el lugar o forma para localizarlo por parte de enfermería.
Se imprimirá un documento para cada control de enfermería (3: antigua Cirugía A, antigua Cirugía B y Trauma-Cirugía).

El cirujano asignado como responsable de planta deberá de responder en la mayor brevedad posible a las dudas suscitadas por el personal de enfermería que asiste a los pacientes de su Unidad correspondiente así como atender los nuevos eventos médicos acontecidos en el paciente tras el pase de visita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. ¿Se ha localizado al médico responsable de Unidad?: SI/NO
b. Hora en que se solicita al responsable asignado.
c. Hora en que se responde el responsable asignado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La puesta en marcha de estas medidas se inició el día 10/10/2016.

Durante dos meses se recogerán datos relativos a su cumplimiento.

En Diciembre se llevará a cabo una nueva reunión en la que se expondrán y analizarán los resultados. A partir de estos se continuarán las medidas y/o se implementarán nuevas.

Proyecto: 2016_0838 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

9. OBSERVACIONES.
Este es un proyecto de mejora de la calidad asistencial atendiendo a la organización del pase de visita, propuesta dentro de las medidas consensuadas por el grupo de mejora que se transmitieron al resto del integrantes del servicio de cirugía en una reunión llevada a cabo el día 07/10/2016.

10. OTRO ENFOQUE. Mejora en la calidad asistencial hospitalaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes hopsitalizados a cargo de Cirugía General
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0895 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... PILAR PALACIOS GASOS
· 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.
· ALLUE CABAÑUZ MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ SORIANO BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GIL ROMEA ISMAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAMATA DE LA ORDEN LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CALVO CATALA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FERNANDEZ PERA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente, el servicio de Cirugía General realiza un importante número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios al mes. Informar a los pacientes de los procedimientos realizados y de las recomendaciones de tratamiento postoperatorias es un de las tareas de los profesionales que los realizan; sin embargo, existe una carencia de la información aportada probablemente debido a la falta de tiempo.
Los pacientes son remitidos a su domicilio tras la intervención quirúrgica con una herida que requiere cuidados y supervisión de las posibles complicaciones. El seguimiento en la mayor parte de las ocasiones se realiza por los médicos de atención primaria (MAP). La colaboración entre los distintos niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario es una herramienta que facilita la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados.
En este sentido, proponemos la creación de un documento informativo dirigido a los pacientes y a los MAP que incluya la información del procedimiento realizado así como de los cuidados postoperatorios necesarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la calidad de la asistencia a través de documentos informativos.
Detectar complicaciones de forma precoz y proporcionar el tratamiento correspondiente.
Facilitar la asistencia a los profesionales de Servicio de Cirugía General y médicos de atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Redacción de una hoja informativa que se entregará al paciente tras la realización del procedimiento quirúrgico.

Difusión del proyecto entre los profesionales que participan en el procedimiento (cirujanos, auxiliares y enfermeras).

Análisis de mejora mediante una encuesta de satisfacción a los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará el control de la entrega del documento al alta del paciente.

Encuesta de satisfacción telefónica al mes de la intervención quirúrgica una vez entregado el resultado de anatomía patológica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre- Noviembre 2016: presentación del proyecto y del documento informativo en sesión clínica del servicio.
Enero 2017: inicio del proyecto, entrega de documentación a los pacientes.
Abril 2017: análisis de mejora mediante encuesta.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1085 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA NAVARRO GONZALO
· 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.
· BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ SORIANO BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CALVO GRACIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· HERNAEZ ARZOZ ALBA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· NAVARRO BARLES ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· POLA BANDRES GUILLERMO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SAENZ CUSI ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras la formación en 2013 de la Unidad de Cirugía esófago-gástrica de Servicio de Cirugía General del HCU Lozano Blesa, que interviene todas las neoplasias esófagogástricas del hospital se realizó un estudio retrospectivo para valorar: situación nutricional, peso, carencias vitamínicas y calidad de vida de los pacientes intervenidos entre Nov. de 2011 y Mayo de 2015. Los resultados obtenidos muestran:
- Anemia: 45% de los pacientes
- Déficit de hierro: 22,73%
- Deficit de Vit B12: 9%
- Deficit de Vit D: 100% de los pacientes
- Buena Calidad de vida (encuestas EORTC- QLQ 30 y EORTC-QLQ 22)
- El 13% presentaban Síndrome de Dumpping
- El 18% de pacientes con IMC insuficiente
En la mayoría de los casos los déficits no estaban siendo suplementados a pesar de ser conocidos por analíticas realizadas previamente.
Teniendo en cuenta lo previsible de los déficits, la facilidad de detección y de suplementación precoz, así como sus importantes repercusiones para la salud del paciente, se trata de una clara oportunidad de mejora unificando criterios conjuntamente con el Servicio de Endocrino y Nutrición para la prevención, tratamiento y seguimiento.
La mayoría desconocían las pautas nutricionales para lograr una nutrición eficaz así como a evitar el síndrome de Dumping, esto se puede optimizar mediante una información pre y postoperatoria a los pacientes que actualmente no se realiza de una forma estandarizada.
El estudio de la calidad de vida es de máximo interés en la atención sanitaria, de reciente estudio a nivel internacional y no así en nuestro medio, supone un medidor de la calidad asistencial y una oportunidad de mejora en la actividad al alcance de los medios disponibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL
Mejorar la atención perioperatoria de los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica, priorizando la mejora de su calidad de vida, estado y soporte nutricional.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
Obj. 1: Uniformizar la información a los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica, en cuanto a:
- técnica quirúrgica, postoperatorio en el hospital y al alta.
- dieta recomendada y consejos enfocados a evitar síndrome de Dumping y otras molestias propias de las modificaciones anatómicas secundarias a la intervención quirúrgica
- posibles complicaciones o sintomatología tras la intervención quirúrgica
-Obj. 2: Consensuar con Endocrino y poner en práctica unas pautas de suplementación y de detección precoces de déficits nutricionales.
-Obj. 3: Estudio de la Calidad de Vida de los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica al mes, los 3, 6 y 12 meses de la intervención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
. Elaboración de información para entregar a los pacientes en consulta preoperatoria con explicación de la intervención prevista, el postoperatorio y la recuperación previsibles. (A Navarro G., M. A. Bielsa, A. Hernáez, A. Navarro B., G. Pola)
. Consensuar una pauta de suplementación, seguimiento y tratamiento de las carencias nutricionales en el postoperatorio con el Servicio de Nutrición. (A. Navarro G, F. Calvo).
. Entrega de la información preoperatoria y de las pautas nutricionales postoperatorias, suplementación vitamínica postoperatoria. Realización de encuestas de calidad de vida (A. Navarro G, M. A. Bielsa, A. Hernáez, A. Navarro B., G. Pola).
- Detección y suplementación de posibles déficits nutricionales. (F Calvo, A.Navarro G., M. A. Bielsa, A. Saenz).
. Evaluación y análisis de resultados: peso, IMC, parámetros nutricionales, déficits vitamínicos y calidad de vida. (A Navarro G., A. Hernáez, A. Navarro B., G Pola)

Proyecto: 2016_1085 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de carencias nutricionales detectadas/Nº de pacientes intervenidos
- Nº de pacientes suplementados/Nº de déficits vitamínicos detectados
- Nº de pacientes con un IMC insuficiente al año de la intervención
- Nº de pacientes que realizan las 4 encuestas de calidad de vida/Número de pacientes intervenidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio: Nov. 2016
- Fin: Dic. 2018

o Fase 1: Nov. y Dic. 2016: Diseño y consenso del material informativo y del plan de suplementación, detección y tratamiento de carencias nutricionales. Consenso de encuestas de calidad de vida a utilizar.
o Fase 2: Enero 2017: Presentación del proyecto a la Unidad, MIR de Cirugía y Facultativos y personal auxiliar implicado de Consultas de Cirugía, Oncología y Nutrición.
o Fase 3: Desarrollo del plan de información, pauta de suplementos, detección de carencias, tratamiento de las mismas y encuestas de calidad de vida. Recogida prospectiva de datos.
o Fase 4: Recopilación de los datos, análisis estadístico de los mismos y nueva propuesta aportando las modificaciones que se estimen oportunas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0168 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMACION QUIRURGICA INFORMATIZADA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CIRUGIA ORTOPEDICA

2. RESPONSABLE ..... JORGE ALBAREDA ALBAREDA
· 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.
· GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO RUBIO NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RUIZ FRONTERA MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GRAN UBEIRA NESTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MAHULEA CRISTIAN. INGENIERO/A INFORMATICO. ESCUELA DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA. INFORMATICA E INGENIERIA
· SILVA SUAREZ MANUEL. INGENIERO/A INFORMATICO. ESCUELA DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA. INFORMATICA E INGENIERIA
· CLAVEL VILLAGRASA DANIEL. INGENIERO/A INDUSTRIAL. ESCUELA DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA. INFORMATICA E INGENIERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Existencia de listas de espera quirúrgica en cirugía ortopédica y traumatología. Sus causas son lo extremadamente limitado de los recursos quirúrgicos disponibles debiendo obtener el máximo rendimiento quirúrgico de dichos recursos. Actualmente la programación quirúrgica se realiza de forme intuitiva por experiencias anteriores siendo difícil o muy complejo el obtener un rendimiento máximo de cada quirófano disponible pues se desconoce la duración media de cada proceso quirúrgico, al igual que se desconoce los tiempos muertos intermedios o al menos están sin definir. Igualmente se desconoce cual es el rendimiento óptimo de cada quirófano disponible ya que la ocupación del 100% no es posible por dichos tiempos muertos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Conocer los tiempos medios de duración de cada técnica quirúrgica empleada incluyendo desde la entrada del paciente al quirófano hasta su salida
2- Incluir el lista de espera cada paciente con su tiempo de duración
3- Crear un programa informático patentable y aplicable a todos los Servicios quirúrgicos y a todos los hospitales, que programe cada quirófano disponible teniendo en cuenta la duración de cada proceso, su antigüedad en lista de espera y su prioridad
4- Definir cual es el rendimiento quirúrgico óptimo de cada quirófano
5- Programar informáticamente cada quirófano disponible con un rendimiento previo conocido y óptimo
6- Conocer en cada jornada cual ha sido la causa de alteración de la programación de cada quirófano
7- Conocer cual debe ser la duración de cada tiempo muerto entre operaciones para tratar de minimizarlo al máximo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El bloque médico, basándonos en los datos existentes en el departamento de estadística de nuestro hospital, revisará la duración de todas las cirugías necesarias, que serán varios miles de ellas para conocer el tiempo medio de cada proceso quirúrgico de nuestra especialidad (5 médicos del equipo incluido el responsable del proyecto).
Los 3 ingenieros informáticos realizarán un programa informático en el que se incluiría los pacientes en lista de espera con su diagnóstico, técnica quirúrgica que precisan y duración de la misma, así como fecha de inclusión y prioridad. este programa realizará la programación quirúrgica con rendimiento que podrá ser variable al principio para encontrar el rendimiento óptimo de cada quirófano para que no se prolongue mas tarde de la hora de finalización pero para que se aproxime lo máximo posible. Ya hemos realizado un ensayo con un programa informático que ya hemos elaborado programando con un error máximo del 1%, trabajo presentado y publicado en Septiembre de este año en el Congreso europeo de ingeniería informática
Este programa se retroalimentará con las duraciones de cada técnica cada día de forma que podamos saber en el futuro la duración de cada técnica quirúrgica en dependencia del cirujano y anestesiólogo que la realice.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Rendimiento quirúrgico de los quirófanos programados de esta forma. Información que recibiremos de los controles del hospital que actualmente realizan
% de quirófanos que terminan mas tarde de la hora oficial de finalización del quirófano
Conocimiento de los tiempos planteados en los objetivos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El inicio será de inmediato, pensando que dentro de un año tendremos el programa informático no solamente terminado sino que habremos comenzado ya a programar con él. No obstante los objetivos previstos pensamos deberán desarrollarse en 3 años, teniendo en cuenta que el avance de este programa hará, sin duda, definir otros objetivos mas ambiciosos

9. OBSERVACIONES.
Pensamos que se trata de un excelente objetivo que vamos a desarrollar de cualquier forma. Nuestro rendimiento actual quirúrgico es excelente pues supera el 78%, pensando que es difícilmente superable, pero este programa será, como es nuestro objetivo, de aplicación a todos los Servicios quirúrgicos de todos los hospitales,

Proyecto: 2016_0168 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMACION QUIRURGICA INFORMATIZADA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CIRUGIA ORTOPEDICA

desapareciendo la subjetividad en la programación, garantizando el máximo rendimiento de los recursos disponibles y pudiendo, desde su inclusión en lista de espera, aproximar una fecha de realización de la cirugía, si conocemos previamente los recursos quirúrgicos disponibles

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL HERRERA SERRANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABORDA RUIZ MARIA PILAR. LOGOPEDA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· MONCHE PALACIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. GESTION DE CASOS
· CELMA MORALEJO ROCIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GASPAR CALVO ELENA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GARCIA BARRECHEGUREN ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. GESTION DE CASOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la finalidad de facilitar las tareas de cuidados y enseñar a los cuidadores/as el correcto manejo del enfermo y el autocuidado de ellos mismos, desde el año 2009 se imparten talleres para Cuidadores no profesionales en el HCU Lozano Blesa. Durante este tiempo se ha detectado que una de las principales preocupaciones expresadas por los asistentes a los talleres, es el manejo de los pacientes con dificultad en la deglución.
Continuando en la misma línea de dar la mayor información posible, consideramos necesario elaborar un documento que pueda añadirse a las Recomendaciones a Pacientes y Familiares, para que este disponible en la INTRANET y Pagina Web del HCU Lozano Blesa

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Ampliar la información proporcionada a familiares y cuidadores de pacientes crónicodependiente del Sector III a traves de las herramientas informaticas que proporciona el HCU Lozano Blesa
-Mejorar el conocimiento sobre dificultades en la deglución de los cuidadores de pacientes del Sector III

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revision bibliografica (Todo el equipo)
-Consensuar el contenido del Documento Power Point por parte de todos los miembros del equipo (Ana I. Herrera)
-Elaboración de un documento Power Point de recomendaciones a pacientes con dificultades en la deglución (M.P. Laborda y A. Monche)
-Contactar con el servicio de comunicación del hospital para su inclusión en la pag. Web y en la INTRANET del HCU Lozano Blesa (A. Garcia)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Inclusión del documento Power Point en la pag. Web del HCU Lozano Blesa, en el apartado para Apoyo a los Cuidadores
-Inclusión del documento Power Point en la INTRANET del HCU Lozano Blesa, en el apartado para Apoyo a los Cuidadores
Nº Cuidadores asistentes al taller que demandan información sobre disfagia /Nº TOTAL de asistentes al taller de Cuidadores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Octubre-Diciembre 2016: Revision bibliográfica y realización del Power Point
-Enero-Marzo 2017: Revisión y consenso del contenido y forma del Power Point
-Abril-Junio 2017: Presentación a la Comisión de Cuidados y Unidad de Calidad del documento Power Point
Contacto con el servicio de Comunicación del Hospital
Una vez obtenidos todos los permisos: inclusión del documento en INTRANET y pag. Web del hospital

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crónico dependiente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... BELEN SERAL 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.
· NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GROS ASPIROZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· COLLADO HERNANDEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· JIMENEZ SALAS BERTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LANAU ARILLA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las Unidades de Cirugia Ambulatoria ó Cirugía Sin Ingreso, son aquellas intervenciones quirúrgicas que, independientemente del tipo de anestesia empleada, permiten dar de alta al paciente el mismo día de la operación. Ofreciendo siempre la misma seguridad y calidad en la asistencia que la cirugía tradicional con ingreso hospitalario.
En el caso de los niños, estos programas suponen una enorme ventaja, ya que el niño puede regresar a dormir a su domicilio, evitando varios días de estancia hospitalaria y facilitando su recuperación al encontrarse en un entorno familiar y conocido, lo que le tranquiliza y reconforta.
Tras la instauración del programa de cirugia infantil ambulatoria en nuestra especialidad desde hace dos años y tras la experiencia de 25 intervenciones quirurgicas en 8 sesiones, se plantea la necesidad de mejora en el postoperatorio inmediato como es la realización de un protocolo de analgesia, en coordinación con el Servicio de Anestesia y Reanimación y el Servicio de Pediatria.
Hay que tener en cuenta que la mayoria de los pacientes que ingresan y se intervienen en Cirugia Ambulatoria de este Hospital son adultos, y tanto los niños como los adultos ingresan en la misma unidad, con la misma enfermeria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende regularizar la analgesia en funcion del peso del paciente, dentro del postoperatorio de la cirugia infantil, para asi facilitar el manejo de enfermeria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La coordinadora del proyecto (DRA SERAL) unificará criterios, en colaboración con la jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación (DRA. GUILLEN) y la pediatra de la planta de Escolares (DRA: COLLADO), para elaborar un protocolo de analgesia que servirá y ayudará al manejo de este tipo de pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluacion se realizara mediante una revision retrospectiva de la base de datos Statview elaborada desde la misma unidad de cirugia ambulatoria, en la que se recogen los criterios clinicos al alta, asi como una encuesta de satisfacción que realiza enfermeria por telefono a las 24 horas.
1. NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA SATISFECHOS CON EL PROGRAMA : NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA EN UN AÑO. para monitorizar el índice de satisfacción.
2. NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA CON CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO: NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA EN UN AÑO. para medir el grado de cumplimiento del protocolo.
2.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La tendencia va a ser a aumentar las sesiones de cirugia ambulatoria, dada la ventaja que ofrecen para el niño y su familia. Por tanto se realizará un protocolo que salvo actualizaciones, mantendremos de manera indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0237 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER NICOLAU ABADIA
· 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.
· SERAL GARCIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BARTOLOME BURILLO ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GROS ASPIROZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· EZQUERRA HERRANDO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· JIMENEZ SALAS BERTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PAUMARD OLIVAN DAVID. ILUSTRADOR/A. FACTOR DE COMUNICACION. FACTOR DE COMUNICACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro Servicio de Traumatología hemos observado un incremento sustancial en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo el programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la población infantil. Creemos que este incremento irá a más, dados los beneficios que dicho programa aporta al paciente y su familia. Entre los procesos quirúrgicos realizados se encuentran retiradas de material de osteosíntesis, exéresis de tumoraciones, tratamiento del genu valgo, tratamiento de patología del pie como el hallux valgus interfalángico, el pie plano valgo, los dedos en garra y secuelas del pie zambo. Si el paciente cumple criterios de alta se le entrega un informe donde se hace constar las recomendaciones terapeuticas tales como el género de vida y la medicación, así como la cita para revisión en consultas. Consideramos que dadas las características de estos pacientes se puede mejorar dicha información al alta

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende un mejor entendimiento y cumplimiento de las indicaciones terapeuticas al alta de los niños operados en la unidad de CMA de nuestro Servicio, con la consiguiente mejora en el nivel de satisfacción

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará una hoja informativa para el paciente y sus padres donde se incluirán las instrucciones a seguir en su domicilio después de la intervención. Dichas instrucciones se referirán sobre todo al género de vida y al tratamiento médico analgésico (según protocolo de analgesia en colaboración con los Servicios de Anestesiología y Pediatría). La hoja tendrá un formato comic para que el niño pueda leerlo a modo de cuento y facilitar así la comprensión de las instrucciones a seguir. En su elaboración participarán todos los médicos del equipo, quienes resumirán las órdenes de tratamiento que serán plasmadas en un comic diseñado por un ilustrador

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se realizará mediante una encuesta telefónica que se realizará por teléfono a las 24 horas del alta, donde se recogerá información relativa al nivel de satisfacción del usuario y el grado de cumplimiento del tratamiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La hoja se entregará a los pacientes operados partir de Enero de 2017 y según los resultados de la encuesta de satisfacción se podrá modificar en caso de que algún aspecto no resulte claro. Si cumple con su función se mantendrá de manera definitiva

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Postoperatorio de cirugía ortopédica infantil
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

2. RESPONSABLE ..... NIEVES BLANCO RUBIO
· 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.
· BURILLO FUERTES PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· REDONDO TRASOBARES BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CALVO TAPIES JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los pacientes que ingresan con fractura de cadera en nuestro Servicio son pacientes pluripatológicos y polimedicados. Un porcentaje elevado de estos pacientes toman fármacos anticoagulantes como los dicumarínicos. Está demostrado que los pacientes consumidores de tratamientos anticoagulantes presentan volúmenes superiores de hemorragias y necesidades transfusionales más elevadas. A todo esto se le añade que son pacientes que presentan anemia crónica al ingreso, y que ésta se agrava por la pérdida hemática que se produce y por la necesaria intervención quirúrgica. Por estas razones, la mitad de estos pacientes con fractura de cadera que ingresan en nuestro Servicio precisan de transfusión de sangre, siendo la transfusión un proceso no exento de riesgos.
La fractura de cadera y los dicumarínicos es una asociación cada vez más frecuente en nuestros pacientes con fractura de cadera. Esto condiciona un manejo perioperatorio diferente por los teóricos riesgos asociados al sangrado quirúrgico y por demoras quirúrgicas más elevadas debido a problemas de coagulación que precisan de más días prequirúrgicos para estabilizarla.
Esta mayor necesidad de transfusión y de demora quirúrgica implica un riesgo elevado para estos pacientes ancianos suponiendo un mayor número de complicaciones, una mayor estancia hospitalaria y un aumento en su mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La administración de una ampolla de Vitamina K al ingreso en pacientes ancianos con fractura de cadera que toman dicumarínicos permitirá mejorar su coagulación, lo que supondrá una disminución de su demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión. Con todo ello se minimizará el número de complicaciones postoperatorias, la estancia hospitalaria, y con ello la mortalidad de estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantea la realización de un protocolo de tratamiento consistente en la administración de una ampolla de vitamina K a los pacientes que ingresan desde urgencias con fractura de cadera, que además son tomadores de dicumarínicos y que presentan coagulaciones alteradas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Todos los pacientes incluidos en dicho protocolo serán evaluados inicialmente con una analítica observando su coagulación y su estado de anemia. Tras la administración del tratamiento se recogerán los siguientes indicadores en el momento del alta hospitalaria:
Hemoglobina al ingreso, hemoglobina en el momento de la intervención quirúrgica, hemoglobina al alta, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos, demora quirúrgica, aparición de complicaciones y estancia hospitalaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende valorar los pacientes incluidos en este protocolo a lo largo de 12 meses y plantear una comparación con los resultados de los pacientes atendidos en nuestro hospital durante un periodo similar de tiempo donde no se administra dicha terapéutica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOSSIER "GUIA PRACTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA"

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA REMACHA TOMEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad celiaca (EC) tiene una prevalencia del 1% entre la población adulta en nuestro medio, y su diagnóstico entre la población adulta va en aumento. El único tratamiento efectivo en la actualidad se basa en un seguimiento estricto y de por vida de una dieta EXENTA en gluten. Para tener un correcto seguimiento, debe tenerse una correcta y completa información sobre la adecuada alimentación y usos habituales. El primer contacto sobre las pautas dietéticas a seguir se instauran en la consulta de digestivo.
Dada la limitación de tiempo en la consulta médica, y la amplitud del tema, en dicha consulta especifica solo es posible establecer las primeras nociones generales. Para completar esos aspectos, de una manera más amplia, completa, didáctica e impresa se considera necesario contar con una guía de información DIETETICA COMPLETA DE LA DIETA SIN GLUTEN

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aportar información nutricional adecuada y extensa de la DSG para EC
- Contar con una guía informativa de contaminación de contaminaciones cruzadas
- Favorecer la información para los pacientes celiacos en el sector III

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de una guía impresa practica para EC. Para ello los miembros responsables del proyecto recogerán todos los folletos informativos publicados y se confeccionara un dossier con varios apartados:
- Guía didáctica de la EC, con información general de la enfermedad
- Conceptos generales de la EC
- ¿Cuál es el tratamiento y por qué debe realizarlo?
- Conocimiento de una correcta DSG (semáforo nutricional)
- Conocimientos sobre contaminación cruzada
- Etiquetado
- Dieta fuera de domicilio
- Vivir mejor con la EC
- Contactos, manuales y páginas web de interés

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Grado de conocimiento de la EC y de la DSG
- Grado de satisfacción del paciente
- nº de guías entregadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de la guía 3 meses
- Entrega de guías a partir de enero 2017
- hasta junio 2017 establecer los indicadores de evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0568 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

2. RESPONSABLE ..... CARLA JERUSALEN GARGALLO PUYUELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLASTRE BOCOS JUDITH. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· DOMPER ARNAL MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· SOSTRES HOMEDES CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· MUÑOZ IRIARTE PATRICIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. DIGESTIVO
· DOMINGO PEREDA SILVIA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. DIGESTIVO
· LANAS ARBELOA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las endoscopias digestivas solicitadas en el CASAR de Cinco Villas y en sus centros de salud correspondientes se realizan en un único día semanal por un endoscopista que se desplaza desde el HCU Lozano Blesa. Esta circunstancia limita la oferta de "endoscopias realizables" semanalmente y dificulta la capacidad de control sobre la lista de espera derivada de una demanda superior a dicha oferta. Esto hace relativamente frecuente la necesidad de remitir exploraciones al HCU Lozano Blesa lo que conlleva; por una parte, que el paciente deba desplazarse a un Centro hospitalario lejano a su domicilio y por otra, una sobrecarga de trabajo en la Unidad de Endoscopia del HCU Lozano Blesa. Por ello, creemos que es imprescindible la optimización del rendimiento de la Unidad de Endoscopias del CASAR Cinco Villas promoviendo una correcta indicación de las exploraciones solicitadas, así como una adecuada preparación (limpieza cólica y manejo de antiagregación /anticoagulación) de los pacientes, que minimice la repetición de pruebas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Minimizar el número de exploraciones solicitadas con "indicación incorrecta" por el médico de atención primaria o los especialistas correspondientes.
2. Mejorar la preparación de los pacientes mediante una adecuada información sobre las pautas a seguir para alcanzar una correcta limpieza cólica previa a la exploración.
3. Evitar la repetición de exploraciones terapéuticas por un inadecuado manejo de la antiagregación y/o anticoagulación prescrita a los pacientes, mediante información adecuada a los facultativos solicitantes.
4. Valoración adecuada por el facultativo solicitante del riesgo anestésico de los pacientes que van a ser sometidos a una exploración endoscópica para la identificación de los pacientes de alto riesgo que deberán ser remitidos de forma directa al Centro Sanitario de tercer nivel de referencia (HCU Lozano Blesa).
5. Valoración adecuada por el facultativo solicitante de la necesidad de terapéutica endoscópica avanzada que precisará remisión directa al Centro Sanitario de tercer nivel de referencia (HCU Lozano Blesa).
6. Adecuar las solicitudes de seguimiento de pólipos a los intervalos de tiempo definidos por las Guías de práctica clínica vigentes.
7. Adecuar las solicitudes de endoscopia de control en los pacientes de alto riesgo de cáncer colorrectal a los protocolos establecidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración y difusión de un folleto explicativo con las directrices a seguir por el paciente para una adecuada preparación previa a la exploración.
2. Elaboración y difusión de un protocolo para el correcto manejo de la medicación antiagregante y anticoagulante previo a la exploración por parte del facultativo solicitante.
3. Elaboración y difusión de un protocolo para la correcta derivación directa de pacientes al HCU Lozano Blesa, cuando exista un elevado riesgo anestésico o sea necesaria la realización de endoscopia terapéutica avanzada.
4. Revisión y cribado de todas las solicitudes de endoscopia digestiva y desestimación de aquellas no indicadas.
5. Realización de informe de denegación de la endoscopia que será remitido a médico solicitante y al paciente.
6. En el caso de que el motivo de denegación sea una incorrecta adecuación a los periodos de seguimiento establecidos se realizará un informe con las pautas a seguir. Dicho informe se remitirá al facultativo solicitante y al paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza gastroscopia y/o colonoscopia preferente en > 4 semanas.
2. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza gastroscopia y/o colonoscopia normal en > 6 semanas.
3. Porcentaje de exploraciones que precisan repetirse por:
- Mala preparación
- Manejo incorrecto de antiagregación/anticoagulación
- Paciente de alto riesgo que debe remitirse al Centro de referencia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración de protocolos (Noviembre 2016-Enero 2017)
2. Difusión protocolos (Enero 2017- Marzo 2017)
3. Cribado de solicitudes (Noviembre 2016- Indefinido)
4. Registro de exploraciones duplicadas/mal remitidas a Ejea (Noviembre 2016-Noviembre 2017)

Proyecto: 2016_0568 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer colorrectal

Proyecto: 2016_0783 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE ..... JUDITH MILLASTRE BOCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RAYADO GUILLERMO. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. DIGESTIVO
· SOSTRES HOMEDES CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· LANAS ARBELOA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En Enero de 2016 se crea en el Servicio de Digestivo del HCU la primera consulta monográfica de patología pancreática, y en sus 10 primeros meses de desarrollo llama la atención del escaso volumen de pacientes remitidos con tumores pancreáticos (AdenoCa, Neuroendocrinos o Lesiones Quísticas).
Existe amplia evidencia bibliográfica que avala el beneficio del seguimiento de estos pacientes por un gastroenterólogo, para el manejo adecuado de la IPE (Insuficiencia Pancreática Exocrina), así como para el seguimiento de lesiones sin indicación quirúrgica al diagnóstico, pero con potencial de malignización en su evolución natural. Del mismo modo, en la atención del estos pacientes con patología pancreática, y muy especialmente con patología oncológica, la toma de decisiones por un equipo multidisciplinar debe ser la norma.
Sin embargo, en la actualidad, muchos de estos pacientes son remitidos a las CCEE de Cirugía/Oncología e incluso derivados a Atención primaria, sin existir directrices uniformes dada la falta de protocolos adaptados a nuestro centro.
La Ausencia de un Comité de Tumores específico/Unidad Multidisciplinar, impide la toma de decisiones consensuadas entre los distintos especialistas implicados en la atención de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer criterios uniformes para la atención de estos pacientes mediante la elaboración de protocolos
- Traslación a la práctica clínica de los avances científicos de la forma mas rápida y eficiente posible.
- Evaluación continua de los resultados mediante el establecimiento de los indicadores adecuados.
- Establecer criterios para screening de pacientes de alto riesgo
- Mejorar el diagnóstico de IPE, así como el tratamiento paliativo y nutricional de estos pacientes.
- Creación de un entorno multidisciplinar que facilite la mejora y genere oportunidades para la investigación, como:
• Integración en los grupos de trabajo internacionales, como el Club Pancreático Europeo.
• Participar en ensayos multicéntricos relacionados con esta patología, como nuevas líneas de quimioterapia dirigidas frente a los constituyentes del estroma tumoral.
• Mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas endoscópicas e incorporar técnicas de tratamiento endoscópico de proximidad.
• Creación de un biobanco de sueros y muestras patológicas para estudios posteriores.
• Desarrollar líneas propias de investigación como las que se está llevando a cabo por el S. de Digestivo o de nuevos biomarcadores para la discriminación de los tumores quísticos de Páncreas.
• Obtener fondos para investigación de organismos oficiales o privados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Creación de Unidad Multidisciplinar que integre a los distintos especialistas implicados en el manejo de los tumores pancreáticos: Gastroenterologos, Cirujanos, Radiólogos, Anatomopatólogos, Oncólogos Médicos y Radioterápicos.
• Uniformización de los criterios en el manejo de estos pacientes mediante la Elaboración de Protocolos Clínicos específicos en colaboración con otros centros de nivel terciario de nuestra comunidad.
• Establecimiento de indicadores de calidad que permitan monitorizar los resultados con frecuencia anual/bianual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Porcentaje de AdenoCa Pancreáticos diagnosticados, evaluados en Comité de Tumores específico:
o Registro sistemático de hallazgos radiológicos y ultrasonográficos preoperatorios según la plantilla recomendada por la Guía de Cáncer de Páncreas de la NCCN, versión 1-2016.
o Registro sistemático de su concordancia con los hallazgos en pieza operatoria en caso que se indique intervención quirúrgica.
o Evaluación de resecabilidad. Pre y Post tratamiemto neoadyuvante en Cáncer de Páncreas.
• Porcentaje de Lesiones Quísticas pancreáticas diagnosticadas, evaluadas en Comité de Tumores:
o Eventos sospechosos de malignización.
o Correlación del diagnóstico de sospecha prequirúrgico y el análisis de la pieza operatoria
o Seguimiento postquirúrgico.
• Porcentaje de casos en los que se estudia el desarrollo de IPE, como consecuencia de la propia enfermedad o bien de la resección quirúrgica.
o Monitorización de la respuesta al tratamiento y repercusión en la supervivencia y calidad de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Noviembre-diciembre 2016: Creación del Equipo Multidisciplinar y designación de facultativo responsable en

Proyecto: 2016_0783 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

cada especialidad.
2. Enero-Junio 2016: Decisión de los protocolos a elaborar y cronograma de su desarrollo: AdenoCa pancreático, Lesiones Quísticas, Neuroendocrinos.
Contacto y líneas de colaboración con la Unidad de Pancreatología de Hospital Universitario Miguel Servet.
3. Enero-Junio 2016: Creación de un Registro informático de casos y seguimiento. Diseño de los Indicadores de Calidad.
4. Junio 2016- Junio 2017. Elaboración de protocolos y aprobación por Comité de Calidad Asistencial y Tecnología.
5. Junio- Diciembre 2017. Publicación protocolos en Intranet del Salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1757 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE MAMA

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Modificar la actual estructura de la Unidad de Mama. Minimizar la variabilidad en la atención a la paciente con patología mamaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Puerta de entrada única a la Unidad de Mama
• Unificación del proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes afectos de esta patología

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1758 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GUTIERREZ CIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los valores de respeto al paciente, como individuo, así como su autonomía, deben ser tenidos en cuenta en nuestra organización sanitaria. Así mismo la participación del paciente en sus cuidados son fundamentales para un adecuada asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implicar al paciente al máximo en la atención a su propia salud fomentando su autonomía. Proporcionar una asistencia no compartimentalizada, favoreciendo el tránsito del paciente por los diferentes ámbitos de atención, dando continuidad al proceso, desde la prevención hasta la posthospitalización

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dignidad del paciente:
• Definición de las actitudes, tiempos y ublicación de la información a los pacientes y sus familiares
• Asegurar la adecuada limitación de tratamientos de soporte vital básico en los casos en los que esté indicado
Continuidad asistencial
• Proporcionar continuidad en los cuidados de enfermería
• Implantar la decisión compartida en lo que respecta a las comorbilidades que presentan los pacientes quirúrgicos y de psiquiatría
Equidad
• Mantener la asistencia adecuada en los centros Cinco Villas y Tarazona

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores para su cumplimiento:
1. Dignidad de la persona- Limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV)
Nº de pacientes en los que se indica LTSV en la historia clínica/Nº total de pacientes que fallecen con LTSV x 100
Fuente de datos : Auditoría de historias en UCI
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

2. Dignidad de la persona – Respeto a la intimidad en la información
Descripción: Nº de unidades que disponen de una sistemática de información que respeta la intimidad /Nº total de unidades x 100
Fuente de datos : Auditoría del comité de ética asistencial
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

3. Continuidad asistencial-UCI integrada
Descripción: Nº de pacientes a los que se sigue al alta de UCI/Nº total de pacientes con criterios de seguimiento x 100
Fuente de datos: Información de los propios servicios-Dirección de enfermería
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior 80%. Límite superior 100%

4. Continuidad asistencial- continuidad de cuidados de enfermería
Descripción: Nº de unidades que cumplimentan el informe de continuidad de cuidados en > 70% /Nº total de unidades x 100
Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 60%
Límite inferior: 50%. Límite superior: 90%

5. Continuidad asistencial – Valoración de necesidades al ingreso
Descripción: Nº de unidades que cumplimentan la valoración de necesidades al ingreso >80% de los pacientes/Nº total de unidades clínicas x 100
Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

6. Continuidad asistencial – Gestión de casos
Descripción: Nº de pacientes con informe realizado la enfermera gestor de casos/ Nº pacientes evaluados x 100

Proyecto: 2016_1758 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 60%. Límite superior: 100%

7. Continuidad asistencial – Atención Primaria
Descripción: Nº de Unidades que colaboran activamente (no sólo interconsultas) con AP
Fuente de datos: Información aportada por las propias unidades
Valor a alcanzar: 4
Límite inferior: 2
Límite superior: 4

8. Continuidad asistencial – Atención compartida
Descripción: Nº de unidades que integran a un internista en su equipo de atención en planta de hospitalización
Fuente de datos: Informe anual del Servicio de Medicina Interna
Valor a alcanzar: 5
Límite inferior: 4. Límite superior: 6

9. Equidad en la atención
Descripción: Nº de unidades que consiguen en los Centros Cinco Villas y Tarazona demoras iguales o inferiores a las obtenidas en Zaragoza/ nº total de unidades que prestan atención den Cinco Villas y Tarazona x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las actividades reseñadas se comenzaron a desplegar en el primer trimestre de 2017, y continuarán cada una de ellas hasta final de año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_0722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE D.U.E. EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA SANCHO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· IRIGOYEN CUCALON LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CRESPO MARTIN PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CAMPOS FERNANDEZ JULIA. MIR 4º. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· AGUDO TABUENCA ANA. MIR 3º. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ORTEZ TORO JOSE JORGE. MIR 2º. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La disponibilidad de fármacos nuevos para el tratamiento de la diabetes:
- en administración oral (inhibidores DPP-4, inhibidores del transporte de glucosa en el túbulo renal) o
- en administración subcutánea (análogos GLP-1, insulinas prandiales, insulinas de acción prologada) …

.. representa gran oportunidad para mejorar el control glucémico y metabólico de las personas con diabetes.
La insulina es un medicamento de alto riesgo, como tal, los organismos internacionales recomiendan instaurar prácticas seguras de utilización … (proyecto "Valoración del programa de mejora del uso de insulinas en el HCU y medidas de mejora" …)
En el hospital, la prevalencia de pacientes con diabetes es superior al 14%, lo que significa que las DUEs van a atender personas con diabetes, en todos los Servicios hospitalarios y especialmente en el Servicio de Endocrinología y Medicina Interna.

En algunos Servicios se ha detectado:
1. Dificultad para identificar con seguridad diferentes clases de insulina
2. Episodios de hipoglucemia tratados no siempre de formacorrecta.

Por ello será necesario que los profesionales realicen formación continuada en : tratamientos nuevos, consecuencias de su utilización y posibles efectos adversos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general : Adquirir y mejorar actitudes y competencias de D.U.E. en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en hospital.

Objetivos específicos :
1. Identificar clases de insulina y forma de administración.
2. Describir pautas generales de administración de Insulina
3. Aplicar protocolos establecidos para D.U.E. ante complicaciones agudas (Hipoglucemias, hiperglucemias).
4. Saber identificar incidencias que necesitan incidencias.
5. Aplicar protocolos de actuación en situaciones especiales del paciente diabético (ayuno, pauta quirúrgica, etc).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Curso " Perfeccionamiento en actitudes y competencias de D.U.E. en diagnostico y asistencia al paciente diabético ingresado en Hospital Clínico "Lozano Blesa".

a- Exposición temas con presentación POWER Point
b- Participación de asistentes.
c- Interactiva. Destreza y habilidad en el manejo de insulinas.
d- Resolver casos prácticos.
e- Adquirir competencias.
f- Participación de los profesores en todas las clases como observadores. Intervención al final si consideran que algun apartado no se ha resuelto con claridad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
I, Indicador error identificación

- A)Número de errores en la identificación de insulinas, en un periodo de tiempo, antes del curso de formación.
- B)Número de errores en la identificación de insulinas, en un periodo de tiempo, despues del curso de formación.

Indicador : B/A x 100 .

II, Indicador hipoglucemias:

Proyecto: 2016_0722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE D.U.E. EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

-A) Número de hipoglucemias basales bien resueltas, en relación al número de hipoglucemias basales identificadas, en un período de tiempo determinado ANTES del Curso.
-B)) Número de hipoglucemias basales bien resueltas, en relación al número de hipoglucemias basales identificadas en un período de tiempo determinado DESPUÉS del Curso.

Indicador : B/A x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluación inicial : Enero 2017.
Formación : Febrero 2017
Evaluación posterior: Final Marzo, Abril, Mayo 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

Proyecto: 2016_0484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASUNCION SAGREDO SAMANES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OLAVE RUBIO MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· PUERTOLAS TENA ISABEL. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· AGUADO BACHILLER MARIA AMPARO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La infección relacionada con el uso de catéteres intravasculares es una complicacion frecuente, que aumenta la morbi-mortalidad de nuestros pacientes. Cuando ocurre, lo mejor es retirar el catéter infectado, ya que los gérmenes permanecen en la biocapa que se forma en su interior, y a pesar de que la bacteriemia se trate eficazmente, esta recurre.
Sinembargo, hay pacientes en los que es importante “salvar” el catéter, ya que es imprescindible tener acceso venoso de larga duración, y su implantación es complicada. Esto ocurre por ejemplo con los catéteres para hemodiálisis o los reservorios para administración de quimioterapia antineoplásica. En estos casos, además del tratamiento sistémico de la bacteriemia, se puede hacer tratamiento local para esterilizar el catéter, mediante la administración de una solución concentrada de antibiótico +/- anticoagulante.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Estandarizar las indicaciones y contraindicaciones del uso de la terapia mediante sellado de catéteres con antibióticos
- Estandarizar las soluciones antimicrobianas a utilizar, para garantizar su estabilidad y eficacia
- Mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento de la bacteriemia relacionada con catéter intravascular permanente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase 1 - Constitución del grupo de trabajo y diseñar dinámica de trabajo
Fase 2 - Revisión bibliográfica sobre los siguientes aspectos
- Indicaciones y contraindicaciones del sellado antibiótico
- Concentraciones eficaces y seguras de antimicrobianos y de anticoagulantes
- Estabilidad físico-química de las soluciones para sellado
- Frecuencia de administración y tiempo de permanencia de las soluciones
- Duración del tratamiento mediante sellado
- Evaluación de resultados
Fase 3 - Pruebas de estabilidad física (ausencia de precipitados) de varias mezclas de antibiótico y heparina
Fase 4 - Elaboración del protocolo
Fase 5 - Implementación del protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo elaborado SI / NO
Nº Soluciones estandarizadas
Nº Pacientes tratados mediante sellado
% Cultivos negativos tras tratamiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase 1 Oct-Nov 2016
Fase 2 Nov 2016-Enero 2017
Fase 3 Febrero 2017
Fase 4 Marzo-Abril 2017
Fase 5 A partir Abril 2017

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto está relacionado con las actividades del grupo PROA-HCU

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0586 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

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.
· SALVADOR GOMEZ TRANSITO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· SANCHEZ MARTELES MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· BUENO LOZANO GLORIA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GIL RUIZ CLARA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La insulina es un medicamento de alto riesgo, como tal, organismos internacionales recomiendan instaurar prácticas seguras de utilización.
En el 2014 se formó un grupo multidisciplinar formado por una endocrino, una internista, una pediatra, dos enfermeras y dos farmacéuticas, se continuo con el trabajo bajo el proyecto de mejora de la calidad en el 2015 (num.741):
-Se realizó una selección de insulinas para cubrir todas las necesidades del paciente hospitalizado.
-Se priorizó el uso de viales multidosis de insulina a las plumas. (se incluyó la presentación de viales de insulina, que hasta entonces no disponía el hospital).
Se mantuvieron las plumas en la guía del hospital, para la educación y manejo en el debut diabético o para cuando no disponga en el mercado de su presentación en vial. (uso unipersonal, correcta identificación)
-Se revisaron los tipos de insulinas existentes en España, teniendo en cuenta:
- Necesidad de cada una de ellas en el hospital
- Su nombre comercial y presentación, pare evitar confusión entre las mismas.
- PVP, por la repercusión que puede tener en atención primaria su inclusión en el hospital
- Precio de adquisición de las insulinas por el hospital.
Con todo esto se elaboró una propuesta de los tipos de insulinas a incluir.
Se elaboraron dos tipos de carteles informativos con los tipos de insulinas para su colocación en las unidades donde se utilizan: un cartel general y otro cartel de insulinas de uso exclusivo en pediatría, que se repartieron por todos los controles de hospitalización a la vez que se difundieron prácticas seguras para el manejo de las mismas.
Se aprobaron los carteles y las medidas tomadas por la Comisión de Seguridad y Mortalidad y por la Comisión de Farmacia y farmacoterapéutica,.
Se cambiaron las descripciones de insulinas en las peticiones informáticas de botiquín y en la prescripción informática para reducir los errores.

En el 2015: se observa un mayor consumo de viales respecto a la época anterior al inicio de este programa de insulinas, pero se el consumo de plumas sigue siendo elevado, seguramente más que para pacientes en debut diabético.
No ha sido necesario comprar ninguna insulina fuera de la guía del hospital.
Tenemos notificaciones de un manejo inadecuado de las insulinas, se continúa utilizando las plumas como si fueran viales, no se identifica bien fecha de apertura y caducidad y la conservación no es la adecuada.
Para comprobar todo esto se plantea:

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Utilización de viales preferentemente a las plumas de un mismo tipo de insulina.
- Una correcta identificación de apertura y caducidad de viales y plumas.
- Una correcta identificación de plumas para una utilización unipersonal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar una encuesta anónima, breve y sencilla, que pueda reflejar en ella hábitos de administración. Con los resultados de esta encuesta se podrá enfocar una formación adecuada.
- Realizar una revisión de botiquines, para registrar conservación de insulinas, uso unipersonal de las mismas, y fecha caducidad de viales antes de la encuesta y después de la puesta en marcha de plan de formación y difusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará un corte:
% viales abiertos bien identificados (fecha caducidad) respecto al total de viales abiertos. (Media de botiquines)
%plumas identificadas unipersonalmente respecto al total de plumas abiertas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2015: revisión de situación de insulinas en botiquines
Octubre-Diciembre 2015: reparto y recogida de encuestas
Enero 2016: Análisis de resultados de la encuesta
Febrero 2016: Propuesta de medidas de mejora

Proyecto: 2016_0586 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Marzo 2016: Implantación de las mismas
Abril- Junio 2016: Revisión de situación de insulinas en botiquines

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0748 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BONAGA SERRANO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO GRACIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ABAD BAÑUELOS BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LOPEZ MALLEN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARRABAL TORCAL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SALLAN DIAZ LAURA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dentro del ámbito del Uso Seguro del Medicamento, diferentes organizaciones recomiendan instaurar prácticas seguras encaminadas a reducir los errores de medicación (EM). Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Por la potencial peligrosidad asociada al uso de estos medicamentos y con objeto de minimizar la aparición de EM con estos fármacos, en el hospital se han iniciado diferentes estrategias.

En los últimos años, dentro del Servicio de Farmacia se está trabajando en líneas de actuación específicas con determinados MAR (insulina, heparina, metotrexato, etc). Pero dada la importancia de definir estrategias globales con este tipo de fármacos, se ha decidido iniciar intervenciones formativas, de identificación y revisión de MAR en las unidades de hospitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Identificar los MAR con código de color en todos los botiquines del hospital
-Definir tanto estrategias generales como simplificar y/o eliminar MAR en unidades de hospitalización
-Desarrollar medidas de mejora específicas en base a los incidentes detectados en la revisión del botiquín.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se procederá a revisar los MAR existentes en el botiquín. En consenso con la Supervisora de la Unidad se eliminarán del botiquín aquellos MAR cuyo consumo sea escaso o nulo. Asimismo, se procederá a simplificar aquellos MAR en el caso de que existan varias presentaciones, con el objetivo de minimizar errores.

Una vez finalizada la revisión se entregarán las etiquetas de color rojo para que estos fármacos queden identificados mediante código de colores en el botiquín.

Se registrará el tipo de estrategia llevada a cabo, simplificación de presentaciones o eliminación de las mismas.

Con objeto de dar continuidad a las estrategias implementadas se procederá a revisar de manera periódica los pactos de MAR acordados y actualizarlos, si procede.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-(Número de botiquines finalizados/Botiquines totales)*100

Con objeto de cuantificar los MAR, tanto por especialidad como por principio activo que se simplifican o eliminan, se procederá a registrar los siguientes indicadores:

Por especialidad:

-(Número de MAR eliminados/MAR total del botiquín)*100

Por principio activo:

-(Número de principios activos eliminados/principios activos identificados como MAR en el botiquín)*100
-(Número de principios activos simplificados/principios activos identificados como MAR en el botiquín)*100

Se considerará que el botiquín está finalizado una vez se hayan entregado y colocado las etiquetas de color. MAR hace referencia a cada una de las especialidades farmacéuticas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el año 2016 se procederá a la revisión de los botiquines e identificación de los MAR.
A lo largo del año 2017 se revisarán las estrategias implementadas con periodicidad semestral.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0748 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

10. OTRO ENFOQUE. Uso seguro del medicamento

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No procede
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0911 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PUERTOLAS TENA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LUQUE GOMEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· LARA NAVARRO EMMA. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· JIMENO SAINZ ARACELI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· COLLADO HERNANDEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL. INFORMATICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMATICA
· GIRON JORCANO GEMMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Farmacocinética Clínica es el conjunto de actividades dirigidas a diseñar pautas posológicas individualizadas mediante la aplicación de los principios farmacocinéticos y farmacodinámicos (PK/PD).
La base de esta disciplina no sólo reside en la determinación de las concentraciones plasmáticas de fármacos, sino también en la realización de una adecuada interpretación y utilización de estos datos.
Actualmente el Hospital Clínico dispone de la determinación de concentraciones plasmáticas de algunos fármacos, pero este servicio no se acompaña de la interpretación de los resultados ni de la realización de un adecuado seguimiento. Por ello, desde el Servicio de Farmacia junto con el apoyo del equipo PROA se ha promovido la creación de una Unidad de Farmacocinética Clínica. Creemos que esta actividad puede resultar muy útil, transformándose en una herramienta de gran ayuda para los clínicos con el fin de obtener el máximo beneficio en la medición y garantizar un uso seguro y eficaz de fármacos de estrecho margen terapéutico en determinados pacientes.
Además, la Farmacocinética Clínica es una actividad claramente reconocida dentro de la especialidad de Farmacia Hospitalaria y su instauración puede ser una buena oportunidad de proyección clínica e integración del farmacéutico en las unidades asistenciales.
La finalidad de nuestro proyecto se centra en la monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (gentamicina, amikacina, tobramicina). Se trata de un grupo antibióticos de estrecho margen terapéutico, en los que la optimización del tratamiento puede ayudarnos a evitar situaciones de toxicidad, aumentar la efectividad y respuesta clínica de los pacientes, e incluso a prevenir su multirresistencia.
Además, tras la inminente implantación de la determinación analítica de aminoglucósidos, objetivo promovido por el equipo PROA, y la ya existente de vancomicina, nuestro hospital se convertirá en el centro de referencia del Salud para la medición de niveles séricos de antibióticos y por tanto otros centros de nuestra comunidad podrán beneficiarse de dicha actividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Promover el uso seguro y eficaz de vancomicina y aminoglucósidos en pacientes que por su situación clínica requieren un ajuste individualizado del tratamiento.
? Instaurar una metodología de trabajo en el Servicio de Farmacia para el desarrollo de una Unidad de Farmacocinética Clínica.
? Elaborar informes farmacocinéticos con recomendaciones posológicas, propuestas de cambios de esquemas de tratamiento o adopción de medidas complementarias.
? Formar un equipo multidisciplinar entre los diferentes profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades a desarrollar serán las siguientes:
1. Definición de criterios de indicación de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos
2. Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos
3. Puesta en marcha de la técnica para determinar los niveles de aminoglucósidos
4. Puesta en marcha de un circuito de trabajo para la identificación, monitorización y consejo terapéutico de ajuste de dosis de vancomicina y aminoglucósidos.
5. Evaluación del impacto de la actividad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad de indicaciones de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
- Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
- Disponibilidad de la técnica analítica para aminoglucósidos (informe del Jefe de Servicio)
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben vancomicina
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben aminoglucósidos
- % recomendaciones aceptadas / nº total recomendaciones propuestas por la UFFC.
- % de pacientes (total/en los que se solicitan niveles/en los que se dejan recomendaciones/en los que se siguen las recomendaciones) en los que se observa daño renal (reversible/irreversible) en el curso del uso de vancomicina o aminoglucósidos.
- Nº total monitorizaciones / mes.

1Criterios RIFLE. Kellum JA, Bellomo R, Ronco C. Definition and classification of acute kidney injury. Nephron

Proyecto: 2016_0911 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

Clin Pract. 2008;109:c182–7

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016
- Diseño (formato electrónico) de informe farmacocinético.
- Revisión del proyecto.
- Puesta a punto de la determinación analítica de aminoglucósidos.
Noviembre 2016
- Presentación del proyecto en sesión general del hospital.
- Inicio oficial de la actividad de la Unidad Farmacocinética en el hospital.
Trimestralmente
- Evaluación de la actividad a través de indicadores.
- Reuniones de grupo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0933 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO FRUTOS PEREZ-SURIO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO. FARMACEUTICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las oportunidades de mejora detectadas en la monitorización del actual ACG 2016 facilitarán la continuidad asistencial y la intervención de profesionales de distintos centros y/o niveles asistenciales, con continuidad de proyectos ya incluidos, con la consecuente mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos en el área de Salud Mental, así como en los procesos organizativos y de administración, en los que intervienen varios Servicios o Unidades.

Se establece este proyecto para la aplicación de las Instrucciones del Servicio Aragonés de Salud sobre adquisición y dispensación de Aripiprazol intramuscular depot, Paliperidona inyectable de liberación prolongada, y de Risperidona inyectable de liberación prolongada en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, comenzamos a adquirir dichas especialidades farmacéuticas directamente y a distribuirlas a las Unidades de Salud Mental y a los Centros de Salud, para su administración a los pacientes, su seguimiento clínico y control. Desde entonces, en el Servicio de Farmacia hemos registrado los datos que considerábamos imprescindibles para el óptimo funcionamiento del circuito establecido. Analizando los datos recogidos, hemos observado varias oportunidades de mejora, y decidido priorizar en la mejora de la planificación sanitaria del tratamiento farmacológico. Adicionalmente, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y sus consecuencias negativas clínicas y económicas se consideran por la OMS un problema de salud pública que se traduce también en un problema de seguridad.

El análisis de la situación actual, de las causas y de los procesos relacionados, permite establecer la necesidad de planificación farmacoterapéutica de los pacientes incluidos en los programas de Salud Mental, lo que supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, la calidad de la evaluación y seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

Para la estimación de frecuencia de pacientes en tratamiento se utilizarán, en el denominador de la fórmula de cálculo, los datos demográficos de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) obtenidos desde el documento de trabajo de DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN 2016 (disponible en: http://tinyurl.com/jkjmk3k)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la planificación y adecuación de los tratamientos antipsicóticos de liberación prolongada con respecto a la política sanitaria. Se pretende mejorar el control clínico y farmacoterapéutico de pacientes con esquizofrenia a los que se dispensan, desde el Servicio de Farmacia del HCULB los tratamientos antipsicóticos risperidona inyectable de liberación prolongada, paliperidona suspensión y aripiprazol intramuscular depot.

La planificación de los cambios y acciones de mejora necesarias contribuyen al desarrollo de Servicio y del profesional sanitario. Puesto que la gestión de este circuito se centraliza en el Servicio de Farmacia, se propone una estrategia para:
- Aumentar la adherencia al tratamiento de estos pacientes a través del seguimiento farmacoterapéutico.
- Mejorar la seguridad de los pacientes desarrollando buenas prácticas entre el equipo multidisciplinar implicado.
- Ajuste de las prescripciones a los protocolos vigentes tanto de especializada como en primaria.
- Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Centros de Salud (CS), las Unidades de Salud Mental (USM) del Sector y Farmacia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Profesionales participantes: Servicio Farmacia Atención Especializada - USM. En consultas de Salud Mental se realiza el seguimiento clínico Psiquiátrico. -Enfermera de las USM realizan los cuidados de enfermería. -
Actividades: - Difusión de la oportunidad de mejora detectada los profesionales sanitarios implicados. Farmacéuticos. - Detección de los pacientes con problemas de adherencia. Farmacéuticos. - Establecimiento del canal de captación y notificación del incumplimiento del tratamiento. Todos. - Análisis de los factores y causas de los problemas de adherencia. Equipo Mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de pacientes con Risperidona consta en CS o USM/Nº pacientes de la ZBS.
- Nº de pacientes con Paliperidona de liberación prolongada en CS o USM/Nº pacientes de la ZBS.
- Nº de pacientes con Aripiprazol intramuscular depot en CS o USM/Nº pacientes de la ZBS.
Fecha de inicio: noviembre 2016. Fecha prevista de finalización: diciembre 2017.

Proyecto: 2016_0933 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre 2015- Noviembre 2016 Fase de pre-análisis datos, detección pacientes incumplidores y establecimiento canal comunicación
- Diciembre 2016 Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas y realizar, si procede, los ajustes necesarios.
- Enero - Noviembre 2017 Monitorizar el proceso mejorado
- Diciembre 2017 Evaluación y análisis de resultados, propuestas de mejora
Realización de reuniones de equipo quincenales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_1652 ()

1. TÍTULO

GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALTARRIBAS BOLSA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· CASCAN HERREROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO. ABOGADO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RECURSOS HUMANOS
· GUTIERREZ CIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Nuestro hospital como centro universitario imparte docencia, recibiendo anualmente a un gran número de alumnos y residentes de diferentes procedencias (en cuanto a formación y lugares de origen). La gran diversidad en cuanto al tipo de prácticas, trámites a realizar, solicitud de documentación... hace necesario y prioritario formalizar un procedimiento de gestión de dichas prácticas con el fin de unificar y agilizar todos los pasos requeridos en una gestión adecuada de la actividad docente de todo el Sector III de Zaragoza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la gestión y calidad de las prácticas mediante un procedimiento estructurado en pasos bien definidos con el fin de simplificar trámites y de esta manera evitar una sobrecarga innecesaria de trabajo en la Unidad de Formación del Sector III.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración del procedimiento (en pasos estructurados) de solicitud de prácticas de alumnos y residentes procedentes de centros públicos y privados que incluya los protocolos de prácticas esporádicas ya existentes en el Salud indispensables para formalizar y autorizar dichas prácticas.
-Elaboración del formulario de solicitud de prácticas que estaría incluido en el procedimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Procedimiento y formulario elaborado.
- Difusión del procedimiento a los centros públicos y privados solicitantes de prácticas esporádicas.
- Utilización del procedimiento y formulario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2016-2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FORMACION
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0210 ()

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MONCHE PALACIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GESTION DE CASOS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA BARRECHEGUREN ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. GESTION PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES
· SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL. TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMATICA
· CALVO NAVAL ALFREDO. TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente las Enfermeras Gestoras de Casos realizan los informes y se recogen en una base de datos propia, siendo la comunicación con Atención primaria a traves del Correo Electronico, y por fax a traves de admisión del HCU. No se guardaban en la Historia clinica del paciente.
Pretendemos mejorar la confidencialidad, la comunicación con Atención Primaria y el acceso de todos los profesionales implicados a los informes que se generan. Así como la permenencia de estos informes en la historia clínica del paciente.
Informatización de los informes clínicos de la intervención de la Enfermera Gestora de Casos del hospital. Incluir los informes dentro del soporte informatico en la Historia Clinica general virtual del paciente, de manera que esten accesibles en la Intranet del hospital y a traves de su enlace con la Historia Clinica Electronica sea visible desde cualquier punto de la Red Sanitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Aumentar la confidencialidad de los datos clinicos de los pacientes en la comunicación entre la Enfermera Gestora de Casos y el Equipo de Atención Primaria.
-Proporcionar el acceso a la información, a los profesionales sanitarios que acceden a la Intranet del HCU y a la Historia Clinica Electronica del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Solicitar y obtener los permisos de acceso para poder "colgar" nuestros informes en la Intranet del HCU (Ana Monche/Ana Garcia)
-Crear el documento informatico adecuado para los distintos tipos de informes que realizan las Enfermeras Gestoras de Casos (Ana Monche/M.A. Serrano)
-Incluir los informes clínicos en el soporte informatico de la Intranet del Hospital y en la Historia Clinica de los pacientes (M.A. Serrano/ Alfredo Calvo)
-Comunicar a los Centros de Atención Primaria la accesibilidad a los informes de la Enfermera Gestora de Casos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de informes informatizados en la Intranet/Nº total de informes realizados
-Nª de informes incluidos en la Intranet y comunicados a A. Primaria/Nª total de informes realizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre de 2016: Solicitar y obtener los permisos de acceso a la intranet y al sistema informatico HPDOCTOR
Realización de las plantillas de los informes de la Enfermera Gestora de Casos y su inclusión en la herramieta informatica HPDOCTOR
Octubre-Diciembre 2016: Realización de los informes en el sistema HPDOCTOR y su inclusión en la Intranet hasta alcanzar el 100% de los informes realizados
Enero-Marzo 2017: Comunicación a los Equipos de Atención Primaria para infomar de la introducción de los informes en la Historia Clinica General del paciente y de su accesibilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crónico dependiente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA OLAVE RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FERNANDEZ RAQUEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PEREZ TRULLEN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· DE BENITO AREVALO JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las complicaciones infecciosas del paciente oncohematológico presentan una elevada morbi-mortalidad . Su elevada frecuencia y gravedad, así como la creciente resistencia a los antibióticos hacen que su manejo sea altamente complejo y que su adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento continúen siendo un objetivo fundamental para el Servicio de Hematología.

Una de los principales problemas en su manejo deriva del incremento de la resistencia a los antibióticos que, unido al parón en el desarrollo de los antimicrobianos, nos ha introducido en una “crisis antibiótica” que condiciona la necesidad de optimizar el uso de los antibióticos.
Debido a dicha complejidad es imprescindible la participación de otros Servicios del hospital y su actuación coordinada en el menor tiempo posible.

Finalmente, la implicación que el Servicio de Hematología tiene en la mejora de la calidad asistencial, hace que las circunstancias para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos en este Servicio sean idóneas, motivo por el que se presenta esta propuesta de Proyecto de Mejora de la Calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo primario
• Mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las infecciones en pacientes oncohematológicos.

Objetivos secundarios
• Implicar a los profesionales de diferentes servicios en un proceso transversal, continuo, de mejora de la calidad asistencial
• Optimizar la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase 1. Constitución del equipo de trabajo
• Inclusión de la optimización del uso de antibióticos (PROA) como objetivo de Servicio.
• Designación del responsable PROA del Servicio así como de otras personas clave del Servicio para esta actividad (PCS)
• Incorporación de profesionales de los Servicios de Microbiología, Radiología, Neumología, Cuidados Intensivos y Farmacia en el Grupo de Trabajo (GdT) multidisciplinar PROA.

Fase 2. Evaluación de los problemas de uso de antimicrobianos, priorización y planificación de actividades
• Realización de un corte de uso de antimicrobianos (point-prevalence survey) y de una encuesta a los miembros del Servicio
• Priorización de los problemas observados por parte del GdT PROA
• Planificación de Actividades.
• Actividades a desarrollar:
1. Elaboración de guías de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos, adaptadas a las circunstancias epidemiológicas del centro
2. Realización de actividades docentes presenciales/online
3. Pase antibiótico semanal
4. Coaching antibiótico a demanda y basado en sistema de alertas clínicas, microbiológicas o de prescripción

Fase 3. Implementación de las actividades
• Comunicación al Servicio de las actividades planificadas y de las PCS
• Implementación de las actividades conforme al cronograma.

Fase 4. Evaluación del impacto de la intervención
• Análisis de los indicadores seleccionados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Disponibilidad de una guía local de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos en paciente oncohematológico.

Proyecto: 2016_1034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

- Número de pases antibióticos semanales realizados.
- Grado de mejora en la calidad de uso de antibióticos percibido por los facultativos del Servicio de Hematología.
- Proporción de pacientes oncohematológicos con bacteriemia en los que el tratamiento antibiótico inicial (empírico) y definitivo (dirigido) es apropiado, adecuado y cumple con las recomendaciones de la guía local.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1: Evaluación de la situación basal, priorización de problemas y diseño de las actividades de mejora: Noviembre, Diciembre 2016 y Enero 2017
2: Implementación de las actividades: Febrero-julio 2017; desglosado en 2 ciclos entre los que se medirá el impacto de las actividades y su posible ajuste.
3: Evaluación de resultados: Agosto-Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0661 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION DEL CALCULO DE PAO2/FIO2 Y VALORACION DE LA MEJORA TRAS LA INCORPORACION DE LA FIO2 EN LAS GASOMETRIAS ARTERIALES CON EL NUEVO VOLANTE DEL LABORATORIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO LOPEZ ALCUTEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· MARTINEZ LACARTA MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· SANCHEZ VILLALBA PILAR. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· LOPEZ TORRE MARTA ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· GRASA LASCORZ MATILDE. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· COSTAN GALICIA JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· CASCAN HERREROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La insuficiencia respiratoria es la situación clínica a la que abocan muchas enfermedades y trastornos patológicos. Estas patologías son tanto de origen torácico o broncopulmonar como cardiovascular o hematológico. Por tanto, en el contexto de la atención al paciente con patologías agudas como ocurre en un Hospital, esta situación, se da con una alta prevalencia. Para el diagnóstico y valoración de la gravedad de los pacientes con este devenir de su patología, es necesario conocer la concentración de gases (oxígeno y anhídrido carbónico) disueltos en sangre. La técnica para extraer sangre arterial y conocer y cuantificar la alteración del intercambio gaseoso es la gasometría arterial. Los niveles de gases en sangre, fundamentalmente el oxígeno, dependerán de la cantidad de ese gas que es respirado por el paciente; de esta manera el incremento de la fracción de oxígeno (FiO2) que llega al paciente es la medida más rápida para revertir la situación de hipoxemia. Las condiciones ideales de extracción de las gasometrías han sido descritas y consensuadas por las sociedades científicas, y son universalmente aceptadas. La posibilidad de recoger esta información en el volante de gasometría y trasladarla mediante una plantilla al informe del laboratorio, permite conocer con seguridad la FiO2 con el cual se ha extraído la muestra y puede significar mejoría en el control clínico, necesidad de realizar menor número de gasometrías, y evitar prescripciones inadecuadas de terapias respiratorias.
El año pasado se presentó como proyecto de mejora 2015 la inclusión de este dato en los volantes de gasometría y como objetivo final, el diseño de un nuevo volante que incluyera este apartado de forma obligatoria. En el último mes, se ha materializado este nuevo volante que especifica la concentración de oxígeno que el paciente esta respirando en el momento de la extracción. Disponiendo de esta información se puede calcular el gradiente alveolo-arterial de oxígeno y la relación PaO2/FiO2 (aplicando las formulas matemáticas correspondientes), útil para diferenciar la causa y la gravedad de la insuficiencia respiratoria, en especial en el Distress Respiratorio Agudo (SDRA), en donde el calculo de la PaO2/FiO2 nos gradúa la gravedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Comprobar la mejoría en el registro de la Fi02 con los nuevos volantes de gasometría arterial
- Orientar al profesional, a través de las condiciones en las cuales se ha realizado la extracción analítica (teniendo en consideración si está con oxígeno y litros), de la gravedad de la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA)
- Transmitir a todos los servicios y profesionales implicados en el tratamiento de pacientes hospitalizados con insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada, la importancia de apuntar en los volantes las condiciones de extracción de la gasometría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión y análisis de una muestra consecutiva de gasometrías arteriales que se reciben en el laboratorio de urgencias en un determinado periodo de tiempo. Comparación de estos resultados con los que se ya se disponías previos a la instauración del nuevo volante. Introducción de la formula para el cálculo de la PaO2/FiO2 de forma automática en los resultados de las gasometrías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador: Volante de petición de gasometría con el nivel de FiO2 especificado a la extracción.
Estandar: Conseguir que el 80% de las peticiones reflejen este dato.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 1 mes para la organización del plan trabajo con el grupo de mejora.
- Inicio del proyecto. Seguimiento para corregir errores.
- Revisión de las muestras extraídas y valoración de los resultados y cumplimiento de indicadores.
- A los 3 meses introducción de la PaO2/FiO2, e inclusión de este resultado en el informe de la gasometría.
- Trasmisión de estos cambios y el significado de los mismos a las distintas áreas y unidades hospitalarias, aprovechando para reforzar la importancia de incluir el dato de FiO2 en cada petición.
- Periodo de prueba y seguimiento
- Corte final nueva valoración definitiva de resultados de indicadores.

La duración del proyecto de mejora se estima en un año.

Proyecto: 2016_0661 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION DEL CALCULO DE PAO2/FIO2 Y VALORACION DE LA MEJORA TRAS LA INCORPORACION DE LA FIO2 EN LAS GASOMETRIAS ARTERIALES CON EL NUEVO VOLANTE DEL LABORATORIO DE URGENCIAS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0434 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... 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.
· ACHA AIBAR BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· ARIPES TORRES PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PEREZ CIRES ALVARO. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SALA RODRIGO JAIME. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· ZUECO GARCIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SERRANO BARCOS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El paso del tiempo, el cambio de técnicas de trabajo y la movilidad del personal han hecho necesario que se introduzcan actividades recordatorias de las adecuadas prácticas de gestión de residuos de nuestro centro. También se hacía necesaria la renovación y mejora de los documentos informativos que figuran colgados en la intranet, sobre todo en lo referente a residuos químicos.

En el trascurso de nuestras inspecciones hemos detectado:
? Dudas acerca de la adecuada gestión de algunos residuos.
? Eliminación de residuos Grupo II que no precisan tratamiento específico en contenedores Grupo III, lo cual encarece el gasto.
? Eliminación de residuos químicos en contenedores Grupo III (Riesgo biológico), lo que conlleva una gestión inadecuada.
? Eliminación de residuos químicos no permitidos y/o peligrosos para el medioambiente, por desagüe.
? Inquietud por parte de los trabajadores en mejorar la gestión de residuos no peligrosos, reciclables, tales como plástico y cristal.

Asimismo, se producen accidentes biológicos en nuestro personal o en el de la empresa de limpieza derivados de errores en la gestión de los residuos punzantes, tales como desecharlos en bolsas de basura, dejarlos entre la ropa o no llevar un contenedor adecuado a las habitaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la gestión de residuos en el HCU.
- Actualizar la guía de gestión de residuos del HCU y colgarla en la intranet del Hospital.
- Aumentar la formación y la información de los trabajadores del Hospital en la gestión de residuos sanitarios.
- Disminuir la cantidad de residuos del Grupo II (asimilables a urbanos) que van al Grupo III (Biosanitarios peligrosos).
- Mejorar la recogida adecuada de los residuos químicos, con especial atención a los laboratorios del HCU, Anatomía Patológica y Farmacia.
- Disminuir la accidentalidad relacionada con los errores en la gestión de residuos punzantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hemos constituido un grupo de trabajo en el que se incluyen todos los integrantes de nuestra Unidad, con reuniones periódicas semanales. Se ha dividido el hospital en secciones, que en caso de dudas, tendrán como referente a uno de nosotros.
Se realizarán 2 inspecciones anuales a cada servicio para revisar in situ posibles defectos de gestión, resolver dudas y recoger sugerencias. En los casos necesarios se remitirán informes por escrito a los responsables de los servicios.
A través de los responsables de formación del centro, se han establecido dos cursos formativos acreditados con 0.6 créditos.
Hemos revisado la normativa de gestión de residuos del HCU que está colgada en la intranet del Hospital y vamos a actualizarla.
Se han recabado datos de producción de los distintos grupos de residuos sanitarios desde el año 2010, y se van a estudiar en relación a diferentes parámetros de actividad del Hospital, para observar la evolución de nuestra producción de residuos. Asimismo, se realizará un estudio de accidentalidad relacionada con los residuos durante los últimos años y se observará su evolución.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización del Manual de gestión de residuos sanitarios. Realizado y colgado en la intranet del HCU.
- Sesiones formativas: Acreditadas e impartidas.
- Estudio de la evolución de la producción de residuos del Sector: Realizado.
- Estudio de la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos: Realizado.
- Emisión de los informes de mejora pertinentes según los desajustes observados durante las inspecciones o tras accidentes o incidentes: Realizados.

Proyecto: 2016_0434 ()

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primera Inspección de los diferentes servicios: Primer semestre de 2016.
- Realización y puesta a disposición en la Intranet del documento de Gestión de residuos Sanitarios: Diciembre de 2016.
- Realización de la segunda inspección anual: Cuarto trimestre de 2016.
- Presentación del estudio de la evolución de la producción de residuos de 2016 en relación con las producciones de entre 2010 – 2015: Febrero de 2017.
- Análisis de la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos desde 2010: Febrero de 2017.
- Curso: Gestión de Residuos Sanitarios en el HCULB:
? 1ª edición: 11 de Mayo 2016.
? 2ª edición: 7 de Noviembre 2016.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Gestión de residuos, cumplimento normativa medioambiental y de prevención de riesgos laborales.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DIAZ MELE
· 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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentran en el escalón más alto de la atención especializada, en ellas se proporciona a los pacientes más graves y complejos algunas de las prestaciones más sofisticadas de la medicina actual.

Los pacientes ingresados en una UCI se encuentran sometidos a un alto riesgo de sufrir algún acontecimiento adverso, incluyendo complicaciones graves y potencialmente mortales.

La Cultura sobre Seguridad del Paciente (CS) resulta esencial para minimizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP), y su medición es esencial para conocer el punto de partida, así como para concienciar a los profesionales de la importancia de la SP en la práctica asistencial habitual, si se desea diseñar actividades que incrementen la seguridad clínica y que minimicen la probabilidad de presentarlos.

“Los proyectos Zero” (BZ, NZ, RZ) de larga tradición en la UCI, comprenden un conjunto de medidas que contribuyen a mejorar la SP. En sus inicios, y con motivo de su implantación, en 2012 se diseñó un programa destinado a conocer el grado de CS entre los profesionales de la UCI.

Transcurridos ya 4 años del mencionado programa, y varios “Proyectos Zero” desarrollados, parece más que pertinente actualizar la información acerca del grado de CS entre nuestros profesionales, que nos permita abordar nuevas estrategias para mejorar la SP en nuestro ámbito.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este programa tiene como objetivo fundamental valorar cuál es la percepción de la Cultura de Seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, así como concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de la Seguridad y cómo de su implicación activa resulta factible y sostenible lograr una asistencia de mayor calidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Siguiendo la metodología propuesta para el análisis de los datos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptada al español, se perfilarán las fortalezas, así como las oportunidades de mejora lo que, como ya se ha mencionado nos permitirá incrementar la calidad de la asistencia proporcionada.

Así mismo, mediante el análisis de las oportunidades de mejora, y aprovechando conjuntamente las fortalezas, se diseñarán estrategias de mejora de SP y rediseñarán si es preciso algunas de las ya implementadas.

También se diseñarán las medidas oportunas para plantear reevaluación de los objetivos en el plazo de un año, mediante la identificación de nuevas áreas de mejora que permitan la sostenibilidad del proyecto, basándonos en el proceso continuo de mejora de la calidad asistencial.

Se establecerá la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina Intensiva mediante la colaboración e implicación de todos los profesionales sanitarios, incluyendo todos los estamentos, que trabajan en la Unidad.
Inicialmente esto se realizará mediante la cumplimentación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, de manera voluntaria y anónima, que se repartirá en formato papel. Se empleará el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety) ya que constituye un instrumento validado y de uso público que evalúa la Cultura de Seguridad desde la perspectiva de los profesionales sanitarios en medio hospitalario.

Con el análisis de los resultados se realizará la medición de la percepción de la CS de este Servicio, así como la identificación de sus fortalezas y oportunidades de mejora. Esta identificación permitirá iniciar medidas que mejoren estas dimensiones, pudiendo ser evaluadas nuevamente con posterioridad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1
Conocer el grado de CS en el Servicio de Medicina Intensiva > 50%
(Nº cuestionarios contestados/Nº total de trabajadores sanitarios)
INDICADOR 2
Identificación de Fortalezas
(>ó= 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo)
INDICADOR 3

Proyecto: 2016_0003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Identificación de Oportunidades de Mejora
(>ó= 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el mes de octubre de 2016 se repartirá entre todos los profesionales sanitarios de la UCI el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety).

Durante los meses de noviembre, diciembre de 2016 y enero de 2017 se realizará el análisis de los datos.

En febrero de 2017 se difundirán los resultados del cuestionario de medición de la Cultura de Seguridad, así como las fortalezas detectadas y las oportunidades de mejora, lo que permitirá iniciar medidas que mejoren estas dimensiones y que podrán ser evaluadas nuevamente con posterioridad.

En marzo y abril de 2017 se elaborará un plan con las medidas identificadas que puedan incidir sobre las oportunidades de mejora para implementación de medidas que mejoren la seguridad del paciente y la CS en la UCI a lo largo del resto del año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías del enfermo crítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0729 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ANGUSTIAS GOMEZ BACA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRION MARCO CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GARCIA MARTINEZ ELISA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· REGAÑO VIGIL PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI QUIRURGICA
· BAQUEDANO BRUNA INMACULADA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI QUIRURGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente en las UCIs del HCULB trabajamos una amplia plantilla de personal de enfermería(más de 128 profesionales)a las que hay que sumar personal que cubre reducciones de jornada. Ello,junto con los períodos vacacionales y las frecuentes movilidades de personal, supone una alta rotación de nuevo personal en nuestro servicio.Entre tanto personal hay profesionales de todo tipo de procedencia. Debido a la organización del sistema mucho de este personal llega o por petición propia (motivado) o no (desmotivado, con inseguridades...)pero con un factor común en la mayoría de los casos: sin formación previa en UCI, la cual van adquiriendo día a día gracias al apoyo y supervisión de los compañeros. Todo ello supone una sobrecarga de trabajo físico y emocional para la plantilla lo cual también puede tener una repercusión directa – negativa- en la atención de calidad al paciente. También puede suponer un coste económico (al poder producirse errores, absentismo laboral al no sentirse el personal apoyado, y sobrecargado de trabajo). Otro de los problemas presentes es la falta de tiempo del personal durante el turno de trabajo para consultar los protocolos y la imposibilidad de hacerlo en su tiempo libre desde su domicilio,al encontrarse físicamente en formato papel en la unidad. Este proyecto aspira a servir como guía formadora para los recién llegados y guía unificadora de criterios de trabajo para todo el personal de enfermería de nuestra UCI. Esto propiciaría una mejora del ambiente laboral y sería una herramienta de bajo coste para mejorar la Seguridad del Paciente y los Cuidados de Calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1_ Facilitar el acceso a los protocolos y procedimientos vigentes en nuestra UCI siempre a través de un acceso estrictamente restringido-mediante contraseña- a los usuarios de nuestra unidad .
2- Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo.
3_ Aumentar sentimiento de seguridad del personal a la hora de trabajar
4_ Proporcionar Cuidados de Calidad basados en la evidencia
5_ Mejorar la Seguridad del Paciente
6_ Promover un ambiente de motivación y empoderamiento profesional

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este proyecto se desarrollará utilizando la Plataforma Virtual de Enseñanza del Servicio Aragonés de Salud.
1º_ Se contactará con el SALUD para iniciar el proyecto. Los encargados del departamento de Servicio de Política de Recursos Humanos serán los gestores de crear/desactivar las contraseñas. Todos los miembros de este proyecto tendrán capacidad para colgar los contenidos previamente acordados y revisados en la plataforma.
*(ya se ha contactado con los responsables de este departamento y nos han ofrecido su apoyo y orientación para manejarnos en la Plataforma)

2º_ Entre los miembros del proyecto se repartirán tareas y responsabilidades creando grupos de trabajo para que en la plataforma aparezcan los diferentes protocolos y proyectos vigentes en nuestra unidad como son:
- Formación básica: monitorización y control hemodinámico, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, técnicas de hemidiafiltración, SVA, farmacología en UCI . Esther Juberías Sánchez
- los proyectos Toleranzia Zero avalados por la SEMICYUC (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero). Carmen Gómez Baca
- Protocolos: Cuidados del paciente coronario, del paciente ventilado y/o con patología respiratoria,del neuroquirúrgico, del transplantado hepático, cuidado y mantenimiento de PICCs, limpieza y mantenimiento del material.... Carmen Carrión Marco

Al tratarse de una plataforma de enseñanza queremos que sea dinámica, para ello:
3º_ En la sección “Publicaciones” se colgarán artículos de actualidad en enfermería y relacionados con nuestro trabajo para mantenernos actualizados. (siempre cumpliendo las condiciones de publicación estipuladas por el autor o la fuente). Marta Palacios Laseca
4º_En la sección de “Formación” se publicitarán cursos, talleres y enlaces de interés para el personal,así como congresos nacionales e internacionales relacionados con nuestro trabajo en la UCI. Virginia Expósito Zaragoza

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1_ nº de conexiones a la plataforma/mes
2_ Se solicitará una valoración trimestral a los usuarios a partir del total funcionamiento de la plataforma.

Proyecto: 2016_0729 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Noviembre 2016: -reparto de tareas
-inicio diseño plataforma
Desarrollo: Enero 2017: fin diseño plataforma
Enero-Mayo 2017: introducción contenidos en la plataforma
Mayo 2017: plataforma en total funcionamiento
Mayo-Diciembre 2017: valoración mensual nºde conexiones y recogida de resultados.
Julio-Octubre-Diciembre 2017: recogida valoración usuarios
Fin: Diciembre 2017: evaluación resultados indicadores

9. OBSERVACIONES.
El acceso será restringido a usuarios con contraseña (sólo personal de la UCI HCULB y con correo corporativo)entendiendo que los protocolos colgados en nuestra plataforma son de ámbito exclusivo de la UCI.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente Crítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0744 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UCIS HCULB

2. RESPONSABLE ..... VALERA ESTHER JUBERIAS SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAQUEDANO BRUNA INMACULADA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GOMEZ ANDREU SILVIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ VALLE RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· HERNANDEZ ARENAZA ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GARCIA MARTINEZ ELISA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Como consecuencia de la tendencia actual al cambio de personal de enfermería cada dos años en las UCIS del HCULB la rotación que se soporta es muy intensa, generando una serie de riesgos en la atención del paciente. Los motivos más importantes que justifican la persistencia de las complicaciones infecciosas son, entre otros: La falta de auditorías en el cumplimiento de las recomendaciones, se desconoce las tasas de cumplimiento de las normas más básicas, la ausencia de un programa de formación continuada para el personal de reciente incorporación, así como reciclajes programados para el personal fijo, la falta compromiso institucional en el objetivo de disminuir las infecciones nosocomiales relacionadas con dispositivos vasculares. Por todo ello, es necesario la aplicación de programas de intervención más contundentes, con implicación de todos los colectivos comprometidos en la atención de los pacientes críticos. El grupo es consciente de que estos proyectos Tolerancia Zero llevan implantados desde el 2009, no son proyectos nuevos, por eso además de la formación del personal de nueva incorporación, que nos parece muy importante, el objetivo fundamental de nuestro planteamiento es el seguimiento mediante rondas de seguridad de que el paquete de medidas de cada uno de los proyectos se realiza de forma adecuada, ya que se ha observado una relajación por parte todos los profesionales, además de que este proyecto pudiera ser el programa pionero en la implementación del plan de seguridad integral implícito de todos los proyectos Tolerancia Zero. Plan que en nuestras unidades no se lleva a cabo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En cuanto a formación: Formación del 80% del personal de enfermería de nueva incorporación sobre los Proyectos Tolerancia Zero. En cuanto a seguimiento, que es el objetivo principal: -Evaluación del paquete de medidas de cada uno de los proyectos, mediante listas de verificación (rondas de seguridad) dependientes de los protocolos de prevención de cada proyecto (avaladas por SEMICYUC y SEEIUC, aprobados por el Ministerio de Sanidad y consumo y por nuestro Sistema Aragonés de salud).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En cuanto a formación: Se realizará en forma de sesiones clínicas, en un día y hora fijo de la semana cada uno de los proyectos: Bacteriemia Zero: impartido por una enfermera y dirigido a enfermeras y TCAE. Duración de una hora. Responsable: Carmen A. Gómez. Neumonía Zero: impartido por una enfermera y dirigido a enfermeras y TCAE. Duración de una hora. Responsable: Ana Hernandez. Resistencia Zero: impartido por un médico, una enfermera y una TCAE, dirigido a enfermeras, TCAE, celadores y personal de la limpieza. Duración de dos horas, repartida entre los formadores. Responsable: Esther Juberías. En cuanto a seguimiento: De forma trimestral (durante el primer año) se realizarán rondas de seguridad (por parte de los miembros del proyecto) por turno en un día de la semana aleatorio, evaluando la lista de verificación determinada de cada proyecto. En dependencia del ítem la evaluación será por observación directa y/o revisión del registro en historia clínica. Responsable Ronda de Bacteriemia Zero: Mª Asunción Machin. Responsable Ronde Tolerancia Zero: Virginia Exposito. Responsable Ronda Resistencia Zero: Elisa Garcia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de formación: Indicador de resultado. Porcentaje de personal de enfermería de nueva incorporación formado. Indicadores de seguimiento: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos: Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS Neumonía asociada a ventilación mecánica: indicador de resultado.. Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS. Tasa de Pacientes-día en los que se aplican Precauciones de Contacto, definida como el número de paciente-día en los que se aplica este tipo de precauciones por cada 1.000 pacientes-día ingresados cada mes. Este indicador se obtiene de forma continua a partir de la hoja de registro diario de factores de riesgo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del proyecto anual, las sesiones se organizarán en periodos diferentes según los años en los que se realice movilidad interna del personal de enfermaría del HCULB. En el año 2017 no se realizará tal proceso, por lo tanto, el calendario será el siguiente: PERIODO FORMATIVO: 1ºPERIODO DICIEMBRE 2016. 2ºPERIODO: JUNIO 2017. Se realizará un tercer periodo con el proceso de movilización interna en marzo. RONDAS DE SEGURIDAD: INICIAL: (sin formación): noviembre de 2016. 1º RONDA: enero de 2017. 2º RONDA: marzo de 2017. 3º RONDA: junio de 2017. 4º RONDA: septiembre de 2017. 5º RONDA: diciembre de 2017

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0744 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UCIS HCULB

10. OTRO ENFOQUE. Seguridad de paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad nosocomial
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0030 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO JOSE RUIZ LAIGLESIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENO SAINZ ARACELI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· OLIVERA GONZALEZ SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SANCHEZ FABRA DAVID. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El incremento de las resistencia a los antibióticos, junto con las escasas novedades terapéuticas en este campo ha generado una "crisis antibiótica", que es considerada por los organismos sanitarios internacionales como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global.
Una de las principales estrategias para minimizar el impacto de la crisis antibiótica es optimizar el uso de los antimicrobianos. En este sentido, el proyecto "Proceso de optimización de uso de antimicrobianos en un servicio hospitalario PROA-MI" (Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud-2015; proyecto nº 384) desarrollado durante el año 2015 en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULB), mostró cómo la implantación de un Programa de Optimización Antibiótica disminuyó el consumo y gasto antibiótico -global y de antibióticos prioritarios-, la duración media de los tratamientos y los beneficios del trabajo en equipos multidisciplinares.
Por otra parte, uno de los problemas del uso de los antimicrobianos es la variabilidad de la práctica clínica que lleva a una disminución de la eficiencia, de la seguridad de los pacientes y resultados dispares.
La categoría diagnostica principal CIE 486 (neumonía, organismo sin especificar) es la segunda por frecuencia dentro de las altas del SMI (8,2%) y la primera de causa infecciosa. El GRD 541 (neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con complicaciones) es el primer GRD entre las altas de dicho servicio (11,2%) y el segundo con mayor impacto en estancias evitables.
Por todo ello, se considera que la implantación de una lista de verificación en el diagnóstico y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) que ingresan en el SMI del HCULB, teniendo como base la Guía PROA del HCULB, es un medio para disminuir la variabilidad clínica en su diagnóstico y tratamiento, optimizando la terapia antibiótica, y logrando un alto impacto dentro del conjunto de la actividad del Servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo primario
• Disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de la NAC, optimizando la terapia antibiótica y mejorando el rendimiento de las pruebas diagnósticas.
Objetivos secundarios
• Aumentar la eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la NAC que ingresa en el SMI
• Aumentar la seguridad de los pacientes con NAC que ingresa en el SMI.
• Mejorar los resultados en el tratamiento y diagnóstico de la NAC que ingresa en el SMI.
• Reforzar y mantener en el tiempo los objetivos conseguidos en el año 2015, en que se llevó a cabo el proyecto "Proceso de optimización de uso de antimicrobianos en un servicio hospitalario PROA-MI" (Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud-2015; proyecto nº 384).
• Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora en la utilización de los antibióticos.
• Difusión entre los profesionales de la Guía antibiótica PROA del HCULB
• Crear de manera estable un Grupo PROA propio del SMI: PROA-MI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase de planificación. Marzo-junio 2016
• Elaboración del borrador del proyecto
• Constitución del grupo de trabajo
• Corte transversal para detectar problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las NAC en el SMI
• Priorización de problemas
• Presentación al SMI de los resultados del corte transversal.
• Elaboración de la lista de verificación
• Elaboración de la base de datos
• Definición de indicadores
• Redacción final del proyecto de mejora
Fase de no intervención. Julio-septiembre 2016
• Registro prospectivo de la NAC que ingresan en el SMI, según variables recogidas en la base de datos
• Análisis periódico de las NAC registradas
Fase de intervención. Octubre-diciembre 2016
• Presentación al SMI del proyecto de mejora
• Implantación de la lista de verificación de la NAC que precisa ingreso
• Consejo antibiótico según Guía antibiótica PROA HCULB

Proyecto: 2016_0030 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

- Registro prospectivo de la NAC que ingresan en el SMI, según variables recogidas en la base de datos
- Análisis periódico de las NAC registradas
- Actividades docentes e informativas periódicas al SMI

Fase de análisis de resultados. Enero 2017

- Análisis de resultados
- Presentación al SMI de los resultados
- Elaboración de la memoria del Proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- % mortalidad
- % reingresos precoces (15 días; 30 días)
- Duración del ingreso hospitalario
- Duración del tratamiento antibiótico
- % de pacientes con diagnóstico etiológico
- % de pacientes con marcador biológico de gravedad (procalcitonina o proteína C reactiva)
- % de tratamientos que siguen la Guía antibiótica PROA HCULB
- % de pacientes en los que se realiza terapia secuencial

Cada indicador se evaluará mensualmente y se comunicarán los resultados al SMI en sesiones informativas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase de planificación: marzo-junio 2016
Fase de no intervención: julio-septiembre 2016
Fase de intervención: octubre-diciembre 2016
Fase de análisis: enero 2017

9. OBSERVACIONES.
El presente Proyecto está incluido dentro de las actividades del Grupo PROA-HCU y PROA-MI
Las actividades del grupo PROA-MI están incluidas en el Contrato de Gestión del Servicio para 2016.
Supone una continuidad del Proyecto PROA-HCU de 2015

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0258 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO.ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

2. RESPONSABLE ..... PILAR BURILLO FUERTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO RUBIO NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· EZQUERRA HERRANDO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESTELLA NONAY RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VELAZQUEZ ACON CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTILLO PALACIOS ANDRES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La fractura de cadera del anciano es una patología prevalente que supone más de 450 ingresos/año una ocupación del 49%en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HCU. Son pacientes con una edad media de 84 años de edad y elevada comorbilidad. Las complicaciones médicas aparecen en más del 40% de estos pacientes. Estas complicaciones aumentan la mortalidad y la estancia media. A pesar de los avances quirúrgicos y anestésicos introducidos en el tratamiento de estas fracturas en los últimos años no se han visto acompañados de una disminición de las tasas de mortalidad que permanecen estables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultado General:

- Optimizar la asistencia médica de los pacientes con fractura de cadera del anciano para evitar la aparición de complicaciones médicas con el objetivo final de instauración de una Guia Clínica.

Resultados específicos:
- Reducción de la estancia media hospitalaria.
- Reducción de las tasas de morbi-mortalidad, principalmente las relacionadas con las infecciones nosocomiales y de la anemia perioperatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Organizar la asistencia médica al ingreso del paciente con fractura de cadera del anciano:

Método principal:

- El paciente debe ser valorado por el Facultativo de Medicina Interna al menos una vez antes de su cirugía, que será lo más temprana posible.
- Aplicación del protocolo de "Ahorro Sanguineo".

- Conciliación del tratamiento ambulatorio del paciente recién ingresado.
- Tratamiento de la anemia perioperatoria.
- Prevención de complicaciones más frecuentes: Desnutrición, estreñimiento e infección urinaria asociada al sondaje.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará de manera cuantitativa por parte del personal encargado:
- Estancia hospitalaria, pre y postrquirúrgica.
- Mortalidad.
- Número de pacientes en los que se ha instaurado el protocolo de "Ahorro sanguineo en fractura de cadera del anciano".
- Número de diagnósticos secundarios generados al alta.
- Número de concentrado dehematíes transfundidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto de un año de duración que comenzará en Enero de 2017. En 6 meses se debería valorar los indicadores para ver su nivel de cumplimiento, pudiendo incidir en los puntos con menos seguimiento.
Los resultados preliminares de este programa crearán como resultado la instauración de una Guía Clínica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0258 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO.ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0910 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL METODO INFORMATIVO A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ GARCIA BAUTISTA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBA CUADRADO MARIA DEL ROCIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CANTIN VIÑAS MARIA DEL CARMEN. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CARBALLO IBAÑEZ MARIA DEL PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MARQUEZ MAZA CRISTINA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MONTEAGUDO MARTINEZ ROSA MARIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· VICENTE HERRERO ASCENSION. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El hospital es un sistema extremadamente complejo, con varios actores interactuando a la vez (pacientes y familiares, personal sanitario, personal no sanitario, proveedores y contratas externas,...), con prioridades y enfoques diferentes, aun dentro de la misión última de atender de manera integral a los enfermos y conseguir el mayor grado de bienestar para los pacientes
La falta de información de forma coordinada,accesible y continua, sobre servicios asistenciales, funciones del personal y horarios, afecta de forma negativa a la relación entre paciente/familiares y personal existiendo una natural confusión entre lo que son los derechos del usuario con lo que son las obligaciones del personal y la discrepancia sobre la priorización de tareas.
La utilidad e importancia de la calidad de la información influye positivamente en la relación del personal con el paciente/usuario, mejora la distribución de los recursos y aumenta el grado de satisfacción de usuarios/trabajadores del centro hospitalario incrementando la calidad de la asistencia hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar a los usuarios información accesible, suficiente y continua que:
- haga su estancia lo más satisfactoria posible en armonía con el buen funcionamiento de la planta
- agilizar las funciones del personal con un mejor reparto del tiempo invertido
- mejorar la relación necesaria entre usuario y personal
- homogeneizar la información recibida por el usuario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El método utilizado será la comunicación oral /escrita mediante panel informativo por dos razones:
-garantizar la accesibilidad a la información al mayor número de receptores posible
-garantizar la permanencia del mensaje a lo largo del tiempo
Para ello, el grupo de trabajo, realizará un panel que contenga la información necesaria para los usuarios de una unidad de hospitalización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se usarán como indicadores:
A-Porcentaje/grado de satisfacción de los usuarios antes y después de la información recibida
B –Porcentaje/grado de satisfacción en la realización de las funciones de los trabajadores antes y después de la información ofrecida
Para ello se elaborarán sendos cuestionarios (A/B) sobre el nivel de satisfacción que serán realizados a una muestra representativa de la población diana, antes de la implantación del panel informativo y tras su colocación durante un periodo de tiempo estimado de 5 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 elaboración y entrega de cuestionarios previos: 1 Noviembre-1 enero2017
2-Implantación en unidad de hospitalización M-INTERNA-ENDOCRINO: 1 Enero- 30 Mayo 2017
3-Entrega de cuestionarios posteriores a la implantación del panel: 1 Junio – 31 Julio 2017
3-Valoración y Evaluación de resultados: 1 agosto- 31 Septiembre 2017
4-Publicacion de resultados obtenidos: 15 Octubre 2017
Duración del proyecto: 12 meses

9. OBSERVACIONES.
Desconocemos y si existe normativa sobre tipo y tamaño del soporte .Inicialmente disponemos de los recursos materiales que se precisan para el inicio proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente pluripatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0910 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL METODO INFORMATIVO A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0983 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

2. RESPONSABLE ..... BORJA DEL CARMELO GRACIA TELLO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAGUNA SARRIA JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CRESPO ELENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· JIMENEZ CASADO MERCEDES. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ATENCION PRIMARIA
· MORENO JUSTE AIDA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La distribución de los turnos de guardia del personal médico supone un gran problema en la actualidad en los hospitales. El aumento del volumen de personal en los mismos así como la tendencia a la supraespecialización y, por consiguiente, el aumento del número de guardias de diferente índole, hacen que cada vez sea más difícil la creación de calendarios de guardias factibles y satisfactorios para la mayoría. Hasta la fecha, no encontramos ninguna medida que permita de forma automatizada, homogénea, equitativa y de fácil acceso que permita la gestión de estas guardias y además, facilite la participación del propio personal implicado, permitiendo que cada uno de los miembros del personal labolar pueda tomar parte en la disposición de las guardias en función de sus necesidades personales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La aplicación que se presenta busca aunar todas estas necesidades en un único sistema que, desde cualquier dispositivo con acceso a internet, permita la consulta de los turnos de guardia de todo el personal médico de un hospital teniendo en cuenta variables como su especialidad, sus años de experiencia, los tipos de guardia que puede desempeñar, e incluso las propias necesidades personales o laborales (congresos, bajas…) manteniendo en todo momento la equidad con respecto al resto del personal laboral médico. Además, este nuevo sistema también permite la participación de cada uno de los miembros al poder seleccionar ellos mismos días de vacaciones, libre disposición, e incluso guardias en otros centros.

La principales aportaciones sobre la técnica actual es la mejora significativa en el número de errores cometidos, el manejo de un número mucho mayor de personas sin que esto conlleve una peor distribución de las guardias, la equidad de la distribución, de forma que todo el personal al final de cada año laboral dispondrá de un reparto similar de sus guardias. Así mismo, me gustaría también remarcar la sustancial mejora en el tiempo empleado para esta labor, el cual se reduce de forma muy signficativa con este nuevo método.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistema informático que permite generar de forma automatizada calendarios de guardias específicos para el personal médico sanitario. El sistema recoge las preferencias y particularidades de cada una de las especialidades así como también la normativa básica vigente sobre la disposición de las guardias. Además, contiene varios "controles de calidad" que permiten visualizar de forma esquemática y básica el número de guardias de cada uno de los usuarios, la disposición de las mismas y las características asignadas (Dispone de un sistema de alarmas por el que avisa cuando un usuario presenta dos o más guardias seguidas o dos fines de semana en un mismo mes o hay alguna incongruencia en el calendario generado) lo que, de forma general, facilita la revisión de los calendarios. También permite la asignación de puentes y de guardias externas al propio hospital. Todo ello es recogido en un histórico que genera una distribución equitativa de las guardias en un cómputo anual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Control mensual. Objetivo: 100% personal debe cumplir la normativa vigente por Dirección sobre el organigrama de guardias del hospital.
- Control trimenstrual de la distribución de las guardias por parte del programa. Objetivo: 25% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control semestral: 50% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control nonamestral: 75% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control anual: 90% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016-Enero 2017: Rediseño y actualización del programa optimizando sus aplicaciones y comprobando de manera teórica su funcionamiento.
Febrero 2017: Puesta en marcha del programa de guardias actualizado.
Abril 2017: Control trimestral.
Julio 2017: Control semestral
Octubre 2017: Control nonamestral
Enero 2018: Control anual. Resumen anual de objetivos cumplidos.

Proyecto: 2016_0983 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL SANJOAQUIN CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRUSELLS CANALES MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SERAL GARCIA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LORDA ESPES MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA
· TARI FERRER ELVIRA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los inmigrantes y viajeros internacionales son la población expuesta a la patología tropical. En Aragón el 12.8% de la población es inmigrante y en el Área III hay censados 50.000 extranjeros, un 6% proceden de áreas tropicales. Los inmigrantes sufren enfermedades importadas a su llegada a España, o tras regresar de sus países por vacaciones o visitas familiares. Según La WORLD TOURISM ORGANIZATION el volumen de viajeros españoles a áreas tropicales se incrementará en los próximos 15 años por negocios, cooperación o placer. Antes de viajar, los Centros de Atención al Viajero realizan un trabajo fundamental para la prevención, asesoramiento y prescripción de las profilaxis adecuadas. La labor de estos centros no incluye atender a los viajeros o inmigrantes enfermos y la primera asistencia recae en Atención Primaria o Servicios de Urgencias. La poca familiaridad con estas enfermedades y su sintomatología inespecífica, dificulta su detección, y puede suponer incluso la muerte para el individuo no diagnosticado. En 2016 España ha comunicado 2 muertes por malaria en viajeros nacionales, uno de ellos en un hospital público de Zaragoza evitables con un diagnóstico y tratamiento precoz. Otras enfermedades importadas menos graves podrían recibir valoración especializada ambulatoria sin necesidad de hospitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Ofertar una consulta de Alta Resolución en Enfermedades Tropicales, en el Hospital Clínico Universitario dependiente del Servicio de Enf. Infecciosas. Asistirá de lunes a viernes en horario de 8.00-9:00h a pacientes con síntomas de enfermedad importada derivados desde Urgencias, Atención Primaria y Centros de Atención al Viajero. Se aceptará población de otras Áreas a falta de Unidades de Medicina Tropical en Aragón.
- Implicación del Servicio de Microbiología en el diagnóstico urgente de malaria y de otras patologías tropicales víricas, bacterianas o parasitarias. Disponibilidad en el S. de Farmacia del tratamiento de malaria recomendado por la OMS para administrar inmediatamente tras el diagnóstico y facilitar la medicación extranjera para otras patologías.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SESIONES FORMATIVAS con representantes de los centros de Atención al viajero, Servicio de Urgencias y Centros de Salud (Dras Navarro y Sanjoaquín).
ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO PROA del Hospital Clínico Universitario sobre diagnóstico y tratamiento de la patología Infecciosa del viajero. (Dras: Seral, Navarro, Sanjoaquín). ESTUDIO MICROBIOLOGICO URGENTE: frotis, gota gruesa y test de diagnóstico rápido de malaria. Si no es posible (no hay guardias de microbiología en nuestro hospital), se realizará el test de diagnóstico rápido en el Laboratorio de Urgencias y SIEMPRE se confirmará por S. de Microbiología. (Dra Seral).
VALORACION DERMATOLOGICA temprana en Urgencias y en la Consulta (Dra Lorda)
ACCESIBILIDAD de lunes a viernes, horario 8:00-15:00h a través del Teléfono directo: 976 768 862, Extensión desde el Hospital Clínico 162664(Dra Crusells).
BASE DE DATOS donde recoger la información para analizar con interés científico. (Dra Tari)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Número de sesiones de diciembre de 2016 a 2017 con Atención Primaria, Urgencias e Infecciosas. 2- Número de derivaciones por patología tropical desde la apertura de la consulta hasta Diciembre de 2017. 3- Número de consultas derivadas desde Urgencias en un año de seguimiento. 4- Número de consultas derivadas desde Atención Primaria en un año de seguimiento.
5 -Número de Consultas derivadas desde Atención al Viajero y otras Áreas Sanitarias en un año de seguimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Protocolo PROA de Patología Infecciosa del viajero actualizado en junio de 2016.
Reuniones para presentar el proyecto de mejora (en Urgencias y en Atención Primaria) octubre de 2016. Reuniones cada 3 meses con los integrantes del proyecto para evaluar y cuantificar y solucionar problemas. Reunión cada cada 6 meses con los Centros de Atención al Viajero.
Disponibilidad del test de diagnóstico rápido de malaria en el laboratorio de Urgencias octubre de 2016. Puesta en marcha de la Consulta de Enfermedades Tropicales y del viajero en octubre de 2016.
Base de datos activa en octubre de 2016
Evaluación y comunicación de los datos recogidos en Diciembre de 2017.

Proyecto: 2016_1011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1023 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE IDENTIFICACION PRECOZ Y REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS GRAVES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLOGICAS

2. RESPONSABLE ..... ADELA MARIN BALLVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· DELGADO BELTRAN CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
· MORALES MOYA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA
· AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las terapias biológicas están basadas en la administración exógena de diversos tipos de moléculas sintéticas relacionadas con la respuesta inmunitaria (anticuerpos, receptores solubles, citocinas o antagonistas de citocinas). El uso de las terapias biológicas se ha extendido en los últimos años, al campo de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y cada vez serán más los fármacos utilizados. La irrupción relativamente reciente de un número elevado de fármacos, hace que resulte difícil conocer en profundidad las complicaciones, infecciosas o no infecciosas derivadas de su uso.. La limitada información disponible en la bibliografía científica y la ausencia de guías clínicas actualizadas dificultan un manejo estandarizado de estos pacientes.
La acumulación de experiencia clínica real es de gran utilidad, para responder a nuevos interrogantes. Realizar un registro de estos pacientes permitirá:
- conocer mejor las complicaciones derivadas del uso de terapias biológicas en EAS
- ofertar asistencia sanitaria altamente especializada de forma precoz en pacientes con EAS que estén recibiendo terapias biológicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Identificar y registrar los efectos adversos graves que ocurren en pacientes bajo tratamiento biológico por enfermedades autoinmunes.
• Identificar a los pacientes en tratamiento biológico con un efecto adverso grave para ofrecer precozmente y de forma proactiva asistencia medica especializada.
• Disponer de un protocolo de manejo de estos pacientes en el Servicio de Urgencias, respecto de las pruebas complementarias a realizar y la optimización del tratamiento.
• Identificar oportunidades y estrategias de prevención de complicaciones derivadas del tratamiento con fármacos biológicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La propuesta incluye la realización de un registro informatizado basado en un sistema de alertas que permita identificar los pacientes afectos de alguna enfermedad autoinmune en tratamiento con biológicos con alguna complicación grave así como registrar y caracterizar prospectivamente estas complicaciones.
• Se creará una base de datos que será actualizada semanalmente por el Servicio de Farmacia y por los Servicios clínicos participantes. Estos servicios incluirán los datos basales de los pacientes que inicien tratamiento con fármacos biológicos y se actualizará la administración de posteriores dosis, incluyendo el agente, la dosis recibida y la fecha de administración.
• Se definirán una serie de alertas que permitan identificar los eventos diana que se desea monitorizar. Dichos eventos se clasificarán en:
a) Alertas de asistencia hospitalaria (ingreso hospitalaria y visita al Servicio de Urgencias
b) Alertas de complicación infecciosa (entrada de muestra en el Servicio de Microbiología para cultivo o PCR)
c) Alertas analítica (identificación de determinaciones analíticas por encima de los valores que se determinen)
d) Alertas de neoplasia (entrada de muestra en el Servicio de Anatomía Patológica).
• Se creará un sistema de identificación automática de alertas y de notificación al clínico responsable, así como de registro de dichos eventos y de la asistencia prestada, determinados todos ellos por cada uno de los Servicios clínicos participantes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
De proceso
• Disponibilidad de la relación de eventos diana a monitorizar (Sí/No)
• Disponibilidad de un sistema informático de identificación automática y registro de eventos diana en pacientes con EAS que reciben terapias biológicas (Sí/No)
De resultado
A medir desde la puesta en marcha del registro:
• Proporción de pacientes a los que se haya introducido un nuevo tratamiento biológico en los que se hayan registrado los datos basales.
• Proporción de alertas de asistencia hospitalaria en pacientes con EAS y terapias biológicas registradas.
• Proporción de alertas de complicación infecciosa en pacientes con EAS y terapias biológicas registradas.
• Proporción de alertas analíticas en pacientes con EAS y terapias biológicas registradas.
• Proporción de alertas de neoplasia en pacientes con EAS y terapias biológicas registradas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016- Enero 2017: Realización de la base de datos informática que permita la inclusión futura de los

Proyecto: 2016_1023 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE IDENTIFICACION PRECOZ Y REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS GRAVES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLOGICAS

datos de forma sencilla.
Incluye la realización de reuniones periódicas entre los distintos servicios que van a constituir el proyecto.
Enero 2017: Inicio de inclusión de pacientes en la base de datos. Los pacientes se incluirán desde las diferentes consultas de los Servicios que constituyen el proyecto.
Junio 2017: Análisis de resultados y porcentaje de pacientes incluidos. Control de calidad.
Enero 2018: Análisis estadístico de datos recogidos hasta la fecha. Nuevo control de calidad.
Enero 2018: Inicio de la creación del protocolo de manejo de pacientes en tratamiento biológico activo en el Servicio de Urgencias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES AUTOINMUNES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0273 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACIOM DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO

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.
· VITORIA AGREDA ASUNCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAVILLA FERNADEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ YANGUELA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BUENO SANCHO JESSICA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El primer paso del diagnóstico microbiológico comienza con la obtención de la muestra. Toda la información que puede generar el laboratorio de microbiología depende en gran medida de la calidad de muestra enviada. Es preciso conocer los posibles agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas y los mecanismos patogénicos de los mismos. La muestra debe ser representativa del proceso infeccioso, teniendo siempre en cuenta que en determinadas infecciones, muestras no relacionadas directamente con la focalidad clínica, pueden tener también un buen rendimiento microbiológico. El síndrome clínico y los posibles agentes etiológicos implicados condicionan no sólo el tipo de muestra a enviar sino también el procedimiento de obtención y el transporte al laboratorio.
La muestra tiene que ser la adecuada, y además debe cumplir unos requisitos que aseguren su idoneidad y en consecuencia la calidad de nuestro trabajo. La idoneidad de las muestras enviadas depende del cumplimiento de una serie de medidas o reglas referentes al procedimiento de obtención, la cantidad enviada, el transporte rápido al laboratorio y las condiciones de conservación. Las consecuencias de una muestra mal tomada y/o mal enviada pueden suponer un fracaso en el aislamiento del agente etiológico o el aislamiento de posibles microorganismos contaminantes que pueden generar tratamientos innecesarios o inadecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este documento expone de forma resumida aspectos referentes a la recogida, transporte y conservación de las muestras clínicas, reseñando el material necesario, la técnica de obtención, el volumen, el número de muestras y el modo de transporte de cada una de ellas según las distintas localizaciones y características especiales de aquéllas o de los microorganismos a investigar.
La elaboración del Manual de toma de Muestras para estudio Microbiológico formó parte de los objetivos de calidad del servicio de microbiología 2011 y nuestro objetivo es la revisión y actualización del mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión e inclusión de nuevos procedimientos por parte de los facultativos responsables

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Envío del Manual actualizado al Servicio de Calidad del Hospital para sustituir el que figura en la actualidad en la intranet del hospital

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
12 meses

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0602 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTESCOLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)(PROYECTO RESISTENCIA ZERO)

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BUENO SANCHO JESSICA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MENDOZA LOPEZ CLAUDIA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VELILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· JIMENEZ BARTOLOME BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· MARECA DOÑATE ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Implementación de un método de PCR en tiempo real en la vigilancia activa al ingreso y semanalmente de los pacientes críticos del HCU colonizados por bacterias multirresistentes de fácil diseminación horizontal. Las técnicas fenotípicas utilizadas hasta la fecha requieren 48-72h para dar un resultado y a veces, el resultado requeriría de una confirmación molecular para que el diagnostico sea definitivo. Se implementaría un método de biología molecular y se procesarían mediante esta técnica aquellos pacientes en los que es urgente evaluar su estado de colonización y para confirmar aquellos resultados que lo requieren. Además clasificaría las carbapenemasas y las BLEEs en clases dando más información al clínico y a Medicina Preventiva que la que actualmente se está dando, con la consiguiente aplicación en las medidas de tratamiento y control epidemiológico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se implantó el programa el 1 de marzo de 2015 en nuestro hospital y se han procesado más de 1000 muestras (3-4 muestras por paciente) hasta la fecha.
Se ha realizado un primer análisis de los datos obtenidos (1161 muestras de 193 pacientes analizados) y se ha evaluado la sensibilidad de las técnicas utilizadas.
Se han calculado los porcentajes de colonización y el tiempo que tardan en colonizarse. No se han confirmado algunas de las cepas caracterizadas fenotípicamente ni se han caracterizado molecularmente. No se ha evaluado el impacto de esta vigilancia en la reducción de las tasas de resistencia.
Mejorar la vigilancia activa del programa de resistencia zero en nuestro hospital en cuanto a los siguientes puntos:
-Mejora de sensibilidad de los métodos diagnósticos (sensibilidad de las técnicas, métodos de detección…)
-Caracterización de carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas
- Caracterización de BLEEs y p-AmpC en enterobacterias
-Reducción de los tiempos de respuesta de resultados definitivos
-Análisis de resultados obtenidos en la vigilancia activa
-Pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva.
-Propagaciones epidémicas e infecciones cruzadas
-Tasas de resistencia en las diferentes unidades de la UCI

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A todos los pacientes en el momento de ingresar en UCI, y semanalmente, se les recoge un triple hisopo (faríngeo, nasal, rectal) que se envía al laboratorio.
Se siembra en placas selectivas para detección de SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas que se cultivan.
Se identifican los microorganismos crecidos en los medios cromogénicos selectivos y se detectan los mecanismos de resistencia fenotípicamente mediante pruebas de sensibilidad por difusión utilizando antibióticos seleccionados e inhibidores enzimáticos. DR CASTILLO y DRA SERAL
Se confirmarán molecularmente los aislados seleccionados (confirmación, caracterización…). DRA SERAL, DRA BUENO y DRA MENDOZA
Se incluirán en el informe los resultados obtenidos en estas pruebas mejorando la certeza y la utilidad del diagnóstico. DR CASTILLO Y DRA SERAL
Se seguirán archivando los microorganismos multirresistentes para tipado molecular posterior con fines de seguimiento, vigilancia y control epidemiológico. DRA SERAL, DR CASTILLO y DRA ALGARATE
Se analizaran los resultados obtenidos DRA MARECA y DRA SERAL
Se revisaran los tratamientos empíricos en pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva. DRA JIMENEZ Y VELILLA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Número de microorganismos multirresistentes que requieren confirmación diagnóstica por métodos moleculares
Indicador 2: Número de aislados portadores de betalactamasas (BLEEs, cefamicinasas, carbapenemasas) caracterizadas a nivel de genotipo (VIM, IMP, NDM, GES…; CTX-M, SHV, TEM…, CMY, DHA,...)

Proyecto: 2016_0602 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTESCOLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)(PROYECTO RESISTENCIA ZERO)

Indicador 3: Número de pacientes en los que reducimos el tiempo de respuesta de resultados definitivos con estas técnicas
Indicador 4: Porcentajes de resistencia por SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas en pacientes de UCI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Al menos un año. El cronograma a seguir será:
Octubre-Diciembre: Puesta a punto técnica PCR tiempo real
Diciembre-Marzo: Analizar los primeros resultados obtenidos
Marzo-Junio: Caracterización de los genes de resistencia. Introducción de los resultados obtenidos en el informe de microbiología
Junio-Septiembre: Analizar los datos globales de evolución de la tasa de resistencia en estas unidades. Sacar conclusiones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0338 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELÍACA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMACHA TOMEY BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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 especializada. La implementación de un proceso educativo favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica,

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- 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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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 adultos 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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Grado de conocimientos de los pacientes/familiares celiacos (antes/después de educación terapéutica).
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica
- Número de pacientes que han realizado los talleres de educación terapéutica
- % Pacientes/familiares que han mejorado la adherencia al tratamiento.
- Control analítico de cada paciente: marcadores serológicos de enfermedad celiaca.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2016: inicio de los talleres
Junio 2017: finalización de los talleres

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto de mejora es una continuación del realizado en la convocatoria del 2015.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0449 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO EN LA CIRUGÍA DEL TIROIDES

2. RESPONSABLE ..... DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTES PEÑA VIZMARY. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· GUZMAN CARRERAS BEIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· DEUS FOMBELLIDA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MILLERA ESCARTIN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GONZALEZ ENGUITA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA SAEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .
Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas
3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.
Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.
Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

2. RESPONSABLE ..... VIZMARY MONTES PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ MENA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· GUZMAN CARRERAS BEIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· OLAGORTA GARCIA SILVIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BENITO NAVERAC HELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la cirugía de cráneo y columna vertebral existe el riesgo de lesionar diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas lesiones pueden desencadenar trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. La monitorización neurofisiológica durante la intervención quirúrgica minimiza el riesgo, siendo una práctica llevada a cabo en numerosos centros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Prevenir de forma significativa las lesiones que puedan derivar de la manipulación durante el acto quirúrgico de las diferentes estructuras nerviosas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados. Responsable: Diego Rodríguez.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía. Responsable: Vizmary Montes.
Evaluación de las lesiones postquirúrgicas: Juan Bosco Calatayud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo, aprobado e implantado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención neuroquirúrgica con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas.
3. Porcentaje de pacientes con lesiones motoras postquirúrgicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre- Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral
Enero-Octubre 2017: Implantación del Protocolo, evaluación resultados y feed back al equipo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

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.
· TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· NAVARRO PEREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· JOSA FORNIES CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· SIERRA MONZON JOSE LUIS. MIR 4º. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· HERNANDEZ GARCIA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El objetivo del manejo del ictus en fase aguda es conseguir que el paciente sobreviva con la menor discapacidad posible. Uno de los factores que influyen negativamente en la evolución y pronóstico son las infecciones en la fase aguda. Existen protocolos de manejo de los pacientes con fiebre y sospecha de infección, pero se requiere adaptarlos a los pacientes con ictus y sus peculiaridades, para conseguir un uso más racional de los antibióticos y recursos diagnósticos disponibles

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar la selección de fármacos, conseguir mejor y más eficaz control de las infecciones para evitar fiebre mantenida en la fase aguda, y reducir el gasto hospitalario, tanto en reducción de estancia como en gasto farmaceútico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha diseñado un ciclo de mejora de la calidad que

- Establecer un Grupo de Trabajo multidisciplinar que incluya médicos especialistas (Neurología, Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva) y enfermería

- Analizar y priorizar los problemas y barreras para la mejora

- Protocolización del manejo diagnóstico y terapéutico de la fiebre/sepsis en pacientes con ictus agudo y fiebre

- Implementación del protocolo de manejo diagnóstico y terapéutico, incluyendo formación y feed-back periódico al Servicio de Neurología

- Evaluación del impacto de la actividad y replanteamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de días de tratamiento antibiótico/100 estancias en unidad de ictus

- Número de días de tratamiento antibiótico/100 ingresos en unidad de ictus

- Número de DDD (dosis diarias definidas) de tratamiento antibiótico/100 en unidad

- Número de días de tratamiento antibiótico/100 ingresos en unidad de ictus

- Número de días con Tª =38ºC/100 estancias en unidad de ictus

- Número de días con Tª =38ºC/100 ingresos en unidad de ictus

- Estancia media y mediana de duración de estancia en unidad de ictus

- Mortalidad en pacientes ingresados en la unidad de ictus

- Número de infecciones o colonizaciones por microorganismos multirresistentes/100 ingresos

- Número de pacientes con infección por C. difficile/100 ingresos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO: Último trimestre de 2016

Proyecto: 2016_0244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

- Constitución del grupo de trabajo: Octubre de 2016

- Evaluación y priorización de problemas y barreras: Noviembre-Diciembre de 2016

- Protocolización del manejo diagnóstico y terapéutico de infecciones en pacientes con ictus agudo: Enero de 2017

- Implementación del protocolo de manejo diagnóstico y terapéutico en pacientes con ictus agudo: Febrero-Octubre de 2017

- Evaluación del impacto: Octubre-Diciembre 2017

FIN: Último trimestre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO

2. RESPONSABLE ..... DANIEL OROS LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ MARTINEZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ HIRALDO MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los fetos con restricción de crecimiento intrauterino presentan un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal. Estos fetos exigen un control más estrecho, y en muchas ocasiones la necesidad de inducir el parto. El manejo de estos fetos se realiza mediante la estimación ecográfica seriada de su crecimiento intauterino y el estado hemodinámico realizado por Doppler. Sin embargo, no hay consenso sobre los valores de normalidad sobre el comportamiento hemodinámico fetal. La ausencia de consenso en estos parámetros conduce a un incremento innecesario de las inducciones de parto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Determinar los estánderes de normalidad para evaluar la respuesta hemodinámica fetal que presenten la mejor sensibilidad y especificidad, de forma que nos permitan disminuir el porcentaje de inducción de parto manteniendo un buen resultado perinatal en las gestaciones de fetos con restricción de crecimiento,

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal.
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica.
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificad de cada una de las curvas publicadas seleccionas.
4) Evaluar prospectivamente la sensibilidad y especificidad de los valores que hallamos elegido como referencia y comparar la tasa de inducción y resultado perinatal con una cohorte histórica de nuestro centro de fetos con restricción de crecimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tasa de inducción de parto en fetos con sospecha de restricción de crecimineto. (%)
Resultado perinatal:
- Tasa de cesárea total (%)
- Tasa de cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal (%)
- Ingreso neonatal (%)
- pH arteria umbilical neonatal<7,15 (%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal. (Septiembre-Noviembre/2016)
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica. (Diciembre 2017)
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificad de cada una de las curvas publicadas seleccionas. (Enero 2017)
4) Evaluación prospectiva (Febrero-Junio/2017)

9. OBSERVACIONES.
La metodología estadística (evaluación, análisis y selección de las curvas de normalidad publicadas) de este protocolo se va a desarrollar con la colaboración con el Instituto Perinatal de la Universidad de Oxford.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA III DE ZARAGOZA

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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARIÑO MONEVA ELENA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el marco de la nueva reorganización de la Asistencia en Anticoncepción en Aragón, se están desarrollando numerosas acciones, destinadas a la mejora de esta prestación y a la redistribución de competencias, tanto de los Servicios de Ginecología, como de los Servicios de Atención Primaria El Objetivo final es garantizar el acceso a la Anticoncepción de todas las mujeres, en condiciones de Equidad con una demora máxima de 30 dias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Modificación de la Agenda de la Consulta Específica de Anticoncepción, adaptándola a la nueva condición de “Consulta de Alta Resolución”
Redefinición de los contenidos de esta consulta
Aumento del número de pacientes de primer día
Implementación de documentos para su control en Atención Primaria
Atención equitativa a la usuaria
Satisfacción usuaria
Calidad de la prestación
Disminución de Demoras
Reducción Lista de Espera
Agilización de asistencia (Evitar pasos intermedios)
Consulta Alta Resolución
Homogeneización del trabajo de los facultativos
Redefinición contenido de consulta
Intercambio de información con Atención Primaria
Emisión de Informes normalizados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Puesta en Marcha del primer punto del Programa de Anticoncepción en Aragón (En Elaboración)
- Redefinición de Circuitos desde Atención primaria
- Redistribución de Competencias
- Elaboración de Informes Normalizados
?
- Modificación de las Agendas
- Modificación del funcionamiento interno de la consulta
- Incremento de la Formación reglada a los médicos de Atención primaria para adecuarla a las nuevas competencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de pacientes remitidos correctamente para su control en Atención Primaria
Número de pacientes remitidas para control de filamentos de DIU a matrona de Atención Primaria Disminución del tiempo de Demora para Consulta desde Atención Primaria
Satisfacción de pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
echa de inicio: Enero 2016
?
Fecha de finalización: Diciembre 2016
Calendario:
Inicio en Enero. Se han elaborado líneas fundamentales y documentos
Se han mantenido reuniónes informtivas a profesionales implicados
Modificación de Agendas desde 1 de marzo
Pendientes de recursos materiales (Ecógrafo básico y Bisturí eléctrico) para completar funcionamiento de consulta.

9. OBSERVACIONES.
Con motivo de la nueva organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, se va a proceder a la puesta en marcha del nuevo “Programa de Anticoncepción en Aragón” del cual ha sido nombrada como Coordinadora la Dra. Repollés Lasheras, responsable de este Proyecto de Medora de la Calidad.
Entre los objetivos prioritarios de este programa se encuentra la redefinición de competencias y la actualización de la Cartera de Servicios, tanto de Atención primaria como de Atención Especializada.
En el ámbito en que los ginecólogos desarrollamos nuestra actividad, se hace necesario, un cambio en el modo de trabajar de nuestra consulta Específica de Anticoncepción, que actualmente se pasa en el CE “Inocencio

Proyecto: 2016_0187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA III DE ZARAGOZA

Jimenez", adaptándola a las nuevas prestaciones para que cumpla criterios de "Consulta de Alta Resolución".
Asimismo se procederá a la modificación de las Agendas, para permitir reducir la demora de esta consulta hasta un máximo de 30 días.
Este ambicioso proyecto, además de la implicación de los profesionales, requiere la dotación de estas consultas de un equipamiento básico, para poder realizar pequeñas actuaciones que permitan dar de alta a las pacientes y resolver su demanda de anticoncepción en un solo acto médico.
Esta última acción es fundamental para cumplir nuestro objetivo.
Por ello me permito solicitar los siguientes equipamientos:

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Medicina preventiva. Anticoncepción
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ECHARTE OBREGOZO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO LAMANA VIRGINIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESTEBAN CID MARIA VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CENDEJAS ALBERDI ITZIAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REYES RAMOS MARIA DEL PILAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MANGLANO ALONSO FLAVIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el HCU, la matrona, una vez verificado el bienestar fetal, la dinámica uterina y la progresión de la fase de dilatación, ofrece a la gestante en fase prodrómica y/o trabajo de parto numerosos apoyos y recomendaciones que en conjunto tienen dos finalidades: aliviar en parte el dolor de las contracciones y facilitar el encajamiento y descenso del feto por el canal del parto.
Actualmente, las publicaciones científicas y la práctica en otros centros avalan el uso de la esferodinamia como una herramienta más de apoyo a la gestante y que de momento no se emplea en este hospital.
Con la esferodinamia se propone a la gestante sentarse sobre una pelota de grandes dimensiones, mientras el tronco y los brazos pueden sujetarse a un soporte fijo. Las piernas pueden adoptar diferentes posiciones.
Su uso estaría justificado por los siguientes mecanismos:
- aprovechar el efecto de la gravedad propio de la verticalidad para favorecer el descenso fetal
- mantener una pelvis libre y en movimiento (basculación, traslación, circunducción), consiguiendo un "efecto tamiz" que permite al estrecho superior de la pelvis aumentar sus diámetros cuando la presentación pasa por él y favorecer así el encajamiento y descenso fetal.
- permitir a la gestante un mejor control del dolor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aliviar el dolor de la gestante en trabajo de parto.
Reducir el tiempo de fase latente.
Implicar a la gestante y su acompañante en el trabajo de parto.
Motivar al personal en el uso de la esferodinamia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La matrona, tanto en planta como en paritorio, ofrecerá a aquellas gestantes que lo deseen la posibilidad de usar una pelota de dilatación hasta que les sea administrada la anestesia epidural o ya no necesiten su uso.
Para ello, se les proporcionará un tamaño de pelota adecuada a su complexión. También se les explicará como hacer un uso adecuado y óptimo:
- cómo sentarse y levantarse
- medidas que garanticen una utilización segura.
- posición correcta sentada sobre la pelota: caderas en flexión entre 80 y 90 grados, en abducción. Rodillas flexionadas. Los pies apoyados en el suelo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
N° de gestantes que mejoran en 1 ó más puntos en la Escala Eva del dolor / n° total de gestantes en trabajo de parto

Comparación de las medias aritméticas del Bishop de las usuarias de esferodinamia, cuando pasan al área de dilatación, frente a las no usuarias.
N° de gestantes a las que se les ofrece la esferodinamia / n° total de gestantes en trabajo de parto
Encuesta de satisfacción a la gestante que usa la esferodinamia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del proyecto: diciembre 2016
Información sobre el proyecto al personal de la Unidad: diciembre 2016
Implementación del proyecto: desde enero 2017
Evaluación del programa y registro de resultados: julio 2017

9. OBSERVACIONES.
A la iniciativa de mejora está previsto darle continuidad en años sucesivos.
Así mismo, se prevé necesario para la implementación del proyecto los siguientes recursos:
- pelotas de esferodinamia
- curso formativo dirigido a las matronas, por ejemplo: “Técnicas de posicionamiento para un parto natural: Uso de la esferodinamia para la resolución de malposiciones de parto” (Ecufis).

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

Proyecto: 2016_0269 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA MORENO LAMANA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PARITORIOS
· FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PARITORIOS
· RUIZ SALVADOR INES. EIR 1º. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALBA GIMENEZ LAURA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PARITORIOS
· RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SORLI LATORRE DIEGO. EIR 1º. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente sobre analgesia epidural y sería necesario informar sobre otras opciones no farmacológicas.
Hay mujeres que eligen no utilizar fármacos o simplemente lo tienen contraindicado. Existe una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también a prevenir la percepción psicoemocional del dolor de parto. En este proyecto nos centrariamos en algunas de ellas, entendiendo la dificultad a la hora de implementarlas o formar, en este tipo de técnicas, a matronas del servicio de Obstetrícia y Ginecología del HCU Lozano Blesa que así lo deséen.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aliviar el dolor de la gestante en la fase de dilatación y parto.
- Aumentar el número de gestantes que utilizan una de las técnicas descritas.
- Aumentar la motivación del personal a la hora de recomendar y utilizar las técnicas.
- Aumentar la implicación y satisfacción de los usuarios que utilizan las técnicas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La matrona, explicará y ofrecerá este tipo de técnicas no farmacológicas a aquellas gestantes que lo deseen o cuando exista una contraindicación para la administración de la analgésia epidural.
Para ello, se le proporcionará un documento dónde se desarrollarán las técnicas ofertadas desde este programa y deberá dar su consentimiento.
Nos centraremos en tres técnicas:
- La inyección de agua esteril en rombo de Michaelis. La GPC sobre atención al parto normal del SNS habla de un GRADO DE RECOMENDACIÓN B
- Musicoterapia y audioanalgésia: relaja la musculatura, mejora la respiración, el rítmo cardiaco además de ser un elemento distractor aumentando el control sobre su proceso de parto y provocando una elevación de los niveles de endorfinas. La GPC sobre atención al parto normal del SNS recomienda el uso de técnicas de relajación y respiración.
- El masaje y contacto físico: El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión. El masaje y contacto físico tiene un Grado de recomendación B.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de escala EVA de dolor en mujeres que han utilizado una de las técnicas descritas y en las que no han utilizado nada (ni analgésia epidural). Comparación de medias aritméticas de dichas muestras.
- Número de mujeres que utilizan una de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de mujeres sin analgésia epidural en el área de dilatación.
- Número de mujeres que utilizan una de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de mujeres que pasan al área de dilatación.
- Número de gestantes a las que se le ofrece la utlización de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de gestantes que pasan al área de dilatación.
- Análisis y evaluación de los resultados de la implementación del programa: valoración positiva del programa de al menos el 75% de los usuarios (encuesta de satisfacción).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del protocolo: diciembre 2016
- Información al resto del personal de la Unidad sobre las tecnicas no farmacológicas que abarca el programa: diciembre 2016
- Inicio del proyecto: enero 2017
- Evaluación del programa y registro de resultados: julio 2017

9. OBSERVACIONES.
Sería necesario la realización de cursos formativos sobre este tema.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

Proyecto: 2016_0275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN CARAZO HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ MUÑOZ ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PROCAS RAMON BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BRETON HERNANDEZ PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARIS BOJ VIRGINIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En nuestro hospital el parto es uno de los motivos de atención sanitaria más frecuentes. En el año 2015 se produjeron 2.212 nacimientos, 75 nacimientos menos que en el año 2014 (2.287 nacimientos).
Se desea desarrollar e implementar un plan de calidad con el fin de monitorizar e incrementar la mejora continua de la calidad en relación con la asistencia sanitaria llevada a cabo por parte de los profesionales de nuestro Servicio de Obstetricia. Los métodos de detección son encuesta al staff del Servicio de Obstetricia, encuesta a pacientes, y buzón de quejas y sugerencias.
El desarrollo y la aplicación de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante variación en la organización del trabajo llevado a cabo por el personal que trabaja en el Servicio teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial. Asimismo la implementación de dicho plan de mejora de calidad también influiría ya que mejoraría la percepción subjetiva sobre la calidad de la atención de las pacientes atendidas en nuestro Servicio.
Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la mejoría continua de la calidad de nuestro plan de calidad repercutiría enormemente en las usuarias y en el Hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera incrementar la colaboración de aquellos profesionales implicados en la asistencia sanitaria de nuestro Servicio. Asimismo se espera mejorar la valoración de las pacientes respecto a la asistencia prestada en nuestro Servicio de Obstetricia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formación del grupo de trabajo
2. Evaluación de indicadores de atención obstétrica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia a monitorizar con el fin de estudiar estrategias de cambio y lograr acciones de mejora, incrementando así la calidad de la asistencia prestada a las pacientes:
• Investigación colonización streptococo B-agalactaie (Dra. Procas)
• Estudio analítico preparto (Dra. Pérez Muñoz)
• Tasa total de cesáreas (Dr. Romero)
• Tasa de partos vaginales postcesárea (Dr. Romero)
• Tasa de partos instrumentados (Dr. Romero)
• Incidencia de desgarros perineales de III-IV grado (Dra. Mateo)
• Intervalo indicación cesárea-extracción fetal. (Dra. Mateo)
• Fiebre puerperal tras parto (Dra. Carazo)
• Hemorragia postparto (Dra. Carazo)
• Tasa de prematuridad (Dr Romero)
• Porcentaje de pacientes que han recibido información escrita sobre control gestacional y Diagnostico prenatal. (Dra. Carazo)
• Porcentaje de satisfacción por parte de las pacientes sobre la información en relación con su proceso. (Dra. Carazo)
• Tasa de recién nacidos macrosomas o CIR sin sospecha clínica durante el embarazo (Dr. González de Agüero)
• Tasa de mortalidad materna (Dr. Romero)
• Tasa de mortalidad perinatal ampliada (Dr. Romero)

3. Basándonos en la detección de las diferentes oportunidades de mejora señaladas tanto por parte de los integrantes del Servicio de Obstetricia como por las encuestas de pacientes post-estancia hospitalaria y el buzón de sugerencias y quejas se llevará a cabo la elaboración de un plan de calidad que aumente la colaboración por parte del staff de profesionales del Servicio de Obstetricia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de reuniones del grupo de trabajo
2. Monitorización de los indicadores asistenciales obstétricos
3. Análisis de las variaciones de dichos indicadores y valoración de oportunidades de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio y finalización proyecto : octubre de 2016-septiembre de 2017

Proyecto: 2016_0339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

1. Formación grupo de trabajo: octubre de 2016
2. Encuesta al staff sobre oportunidades de mejora: octubre 2016
3. Buzón de quejas y sugerencias: continuo desde octubre 2016
4. Encuesta posthospitalización: desde octubre de 2016 recepción continua de encuestas y monitorización de resultados trimestral
5. Monitorización mensual de indicadores obstétricos: desde octubre 2016
6. Decisión de estrategias de cambio tras identificación de oportunidades de mejora: noviembre de 2016
8. Comunicación profesionales del Servicio de plan de mejora: noviembre
9. Implantación de plan de mejora continua de calidad: noviembre de 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0426 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

2. RESPONSABLE ..... LUISA PATRICIA IBAÑEZ BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PENA ALIERTA MARIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TEIRA SOLANO YOLANDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FERRER SAMATAN MARIA ELENA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CARRERAS CASANOVA VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BUJEDA BLANCO EVA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ MUÑOZ ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Con la entrada del RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, se establece que será necesario que el médico haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir por parte del enfermero.
Esta situación impide expresamente cualquier actuación o decisión de enfermería relacionada con estos medicamentos cuando esta no vaya acompañada de una prescripción médica realizada de forma oficial donde se especifique claramente cuál es el acto enfermero objeto de atención. Esto afecta de lleno a gran parte de la actividad asistencial de los enfermeros, pues el RD habla expresamente del "uso" de los medicamentos. No en vano, en todos los ámbitos donde los enfermeros desarrollan su trabajo, ya sea en hospitales, atención primaria, instituciones penitenciarias, ambulancias, residencias, servicios de salud laboral, etc., la prescripción enfermera supone una herramienta fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados y agilizar la toma de decisión respecto al proceso de salud del paciente, aspectos que inciden directamente en la optimización y coordinación de los recursos del Sistema Nacional de Salud y en la seguridad del paciente.
Las matronas (enfermeras especialistas) gestionan un parto de forma autónoma, y para ello, prescriben diferentes medicamentos como la oxitocina.
Desde hace más de 10 años, en nuestro servicio son las encargadas de ingresar a la paciente, momento en el que gran número de pacientes van a requerir antibioterapia intravenosa. Desde hace 2 años, también son las encargadas del cuidado y vigilancia del puerperio inmediato, salvo que haya complicaciones, hasta el momento del alta.
Así, es factible, que una matrona sea la responsable del manejo de una paciente desde su llegada al hospital hasta el alta, momento en el cual un médico obstetra dará el alta a la paciente.
Proponemos como oportunidad de mejora, la instauración de una VÍA CLÍNICA PARA EL INGRESO DE PARTO Y PUERPERIO NORMAL
La Vía Clínica es instrumento dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presentan una evolución predecible. Describe los pasos que deben seguirse, establece las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definen las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Garantizar el cumplimiento de la ley vigente (Real Decreto 954/2015 del 23 de Octubre de 2015). Proporcionando a los profesionales, especialmente a las matronas (enfermeras especialistas) seguridad legal ante posibles demandas.
2- Evitar la variabilidad en la práctica clínica, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular (en nuestro caso el ingreso anteparto y el puerperio), mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.
3- Coordinar las actividades del día a día en la atención del paciente con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos.
4- Incluir la vía clínica como un documento único dentro de la historia clínica. Facilitando la comprensión por cualquier profesional que acceda a la misma. Al ser un documento estándar, sirve de fuente de datos para las revisiones clínicas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Información a los profesionales que participan en el proceso de ingreso anteparto y evaluación postparto: enfermeras de planta, matronas de planta y urgencias y obstetras. Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio.
2- Elección de profesionales encargados del diseño de la vía clínica: los incluidos en el proyecto de calidad.
3- Sugerencias de los profesionales seleccionados para la elaboración de la vía clínica. Fundamentadas en la Medicina basada en la Evidencia.
4- Elaboración del primer borrador de la vía clínica por el coordinador del proyecto basado en las sugerencias del punto 3.
5- Recepción del primer borrador por el grupo de trabajo; corrección/modificación del mismo
6- Elaboración de la matriz definitiva por el coordinador una vez realizadas las correcciones oportunas.
7-Presentación de la matriz definitiva de la vía clínica al Jefe de Sección de Obstetricia y a los profesionales que participan en la asistencia obstétrica que nos ocupa para su aceptación
8- Implantación de la vía clínica en la práctica asistencial

Proyecto: 2016_0426 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

9- Evaluación de los indicadores: Estancia Media y Encuesta de satisfacción de los profesionales que utilizan la vía clínica en su práctica diaria.
.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Estancia media hospitalaria.
-Encuesta de valoración al personal de enfermería respecto a la satisfacción del uso de la vía clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 1 y 2: Noviembre 2016.
Actividades 3 y 4: Diciembre 2016.
Actividad 5: Diciembre 2016- Enero 2017
Actividad 6: Enero-Febrero 2017
Actividad 7: Marzo 2017
Actividad 8: Marzo-Abril 2017
Actividad 9: Septiembre- Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0478 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ GONZALEZ ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· CIA BLASCO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

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

Proyecto: 2016_0478 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

del suelo de la Pelvis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Utilización de la hoja de evaluación común
- Creación de documentos informativos comunes
- Reuniones realizadas al año
- Unificación de criterios
- Cirugías interdisciplinares realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en 2017, evaluar al año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL TRANSCERVICAL PARA ESTUDIO GENETICO MUY PRECOZ (ANTES DE LA SEMANA 14) EN GESTANTES DE ALTO RIESGO DE ANOMALIA CROMOSOMICA

2. RESPONSABLE ..... DIEGO LERMA PUERTAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ DE AGUERO LABORDA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el año 2006 se implanta en nuestro servicio el screening combinado del primer trimestre como estrategia para el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas, mejorando sensibilidad diagnóstica y reduciendo la tasa de falsos positivos con relación a la anterior estrategia de cribado(se pasa del 60% de sensibilidad al 80-90% y del 8% de falsos positivos al 3-5%) obteniendo además el resultado de dicho screening entre la 11 y 14 semanas de gestación, es decir de manera muy precoz, lo que posibilitaría la realización de una técnica invasiva (la biopsia corial) en esas semanas.
Esta gran ventaja en estos momentos no es aprovechada ya que la técnica habitual de diagnóstico prenatal es la amniocentesis a partir de la semana 15, lo que conlleva a veces retraso en el diagnóstico de anomalías cromosómicas hasta las 18 - 20 semanas de gestación, habiéndose iniciado el proceso de screening y diagnóstico de anomalía cromosómica desde las semanas 9-13.

En resumen, el screening combinado del primer trimestre tiene como principales ventajas la elevada sensibilidad y, sobre todo, la precocidad con la que permite conocer que gestaciones son de alto riesgo de padecer alguna anomalía cromosómica y de esta manera abre la posibilidad tanto de aplicar técnicas invasivas de manera precoz como la biopsia corial, como de interrumpir las gestaciones afectas de manera más precoz y, por tanto, más segura para la gestante.

En el momento actual la indicación habitual de realizar biopsia corial, está limitado al diagnóstico de enfermedad monogénica y la obtención de muestra se realiza vía abdominal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la implantación de la biopsia corial transvaginal para estudio genético se espera obtener más precozmente el diagnóstico de anomalía cromosómica en gestantes de muy alto riesgo (resultado del cribado combinado > 1/50 o fetos con malformaciones severas), lo que conllevaría realizar procedimientos de ILE, en los casos con anomalías, con menor edad gestacional, menos complicaciones médico-quirúrgicas por el procedimiento y menor coste económico.

El proceso se trata como una consulta de alta resolución y comienza con la realización de la ecografía de la semana 12, según protocolo vigente, en la que se detectan anomalías morfológicas fetales o resultados del cribado combinado de muy alto riesgo. En estos casos, previa información y consentimiento de la paciente se puede realizar la biopsia corial a las 24 horas de la ecografía y obtener un primer resultado (QF-PCR) a las 24 horas de la prueba, con lo que en casos patológicos se puede realizar la IVE en las semanas 12 o 13 de gestación (3-4 días después de la primera ecografía) .

La biopsia corial se realiza tanto por vía abdominal como transvaginal y es posible realizarla desde la semana 11 de gestación. Se elige preferentemente la vía transcervical o vaginal frente a la abdominal por los siguientes motivos:
- Mayor cantidad de muestra obtenida,
- Mejor calidad de la muestra
- Resultar la realización de la prueba menos molesta para la paciente.

Con el material obtenido (vellosidades coriales) se pueden realizar los estudios genéticos prenatales (QF-PCR, FISH, cariotipo, CGH-arrays, enfermedades monogénicas…) de forma similar a los realizados con líquido amniótico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Desarrollo de un protocolo de la biopsia corial para el estudio citogenético. Responsables Dr. González Agüero, Dra. Sobreviela, Dr. Lerma.
2. Consensuar protocolo y explicarlo al resto del Servicio. Dr. González Agüero, Dra. Sobreviela, Dr. Lerma.
3. Capacitación de personal de la unidad para realizar biopsia corial transcervical.
Dr. González Agüero, Dra. Sobreviela, Dr. Lerma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de biopsias realizadas del total de técnicas invasivas.
2. Indice de pérdidas fetales post-procedimiento (1%)
3. Éxito en la obtención de muestra adecuada después de dos intentos (99%)
4. % porcentaje de amniocentesis post-BC indicadas por diagnostico no concluyente (< 1-2%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL TRANSCERVICAL PARA ESTUDIO GENETICO MUY PRECOZ (ANTES DE LA SEMANA 14) EN GESTANTES DE ALTO RIESGO DE ANOMALIA CROMOSOMICA

Protocolizar la biopsia corial para estudio citogenético : 1º trimestre
Consensuar protocolo: 1º y 2º trimestre
Capacitación de personal de la unidad para realizar biopsia corial transcervical: 1º y 2º triemstre
Poner en marcha biopsia transcervical : 1º, 2º, 3º y 4º trimestre
Revisión indicadores: 4º trimestre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0768 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO E INFORMACION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA FETAL

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MORENO ROMEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BRETON HERNANDEZ PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ SERRANO ARTIGAS MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA COLERA DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras la elaboración de una consulta de obstetricia especializada en patología fetal, nos enfrentamos a la información que se facilita a estas pacientes sobre su situación. Una situación que en numerosas ocasiones no es fácil de explicar por el profesional ni de comprender por los pacientes, que genera incertidumbre y ansiedad. Nos planteamos si la información que facilitamos es homogénea, clara y cumple las expectativas de las preguntas que las pacientes se hacen. Igualmente si son conscientes de la gravedad de los problemas a los que se enfrentan durante el embarazo y las posibles consecuencias a las que se enfrentarán tras el parto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Homogeneizar la información que los profesionales responsables de esta consulta facilitamos a las pacientes.
- Conocer si la información proporcionada es comprendida por las pacientes.
- Conocer cuáles son las principales preocupaciones de las pacientes frente a la situación planteada, y si estamos dando respuesta a ellas.
- Conocer el grado de estrés o ansiedad que la situación les produce a las pacientes.
- En base a estos datos, elaborar un discurso y una hoja informativa adaptada.
- En dependencia de los problemas que detectemos en este proyecto, en un segundo tiempo elaborar una red de apoyo (asociaciones determinadas, psicosomática, trabajador social).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar una hoja informativa sobre diversas patologías fetales.
- Se entregará la hoja informativa a la paciente cuando se establezca el diagnóstico pertinente, y una encuesta sobre conceptos básicos. Deberán responder y entregarla en la siguiente visita reflejando si han sido comprendidos tras ser informadas. Así mismo habrá un apartado libre para plantear preguntas, que podrán ser respondidas en la consulta y que servirán de referencia para establecer “las preguntas más frecuentes”.
- Se elaborarán hojas informativas en español, inglés y francés.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cada concepto básico debe ser debidamente comprendido en al menos un 75% de las pacientes.
- Aquellos conceptos básicos en los que hayan un menor porcentaje deben ser redactados adecuadamente.
- Recabar un pool de “preguntas más frecuentes”, incorporando las respuestas en un segundo tiempo a la hoja informativa cuándo se repitan en un 25% de las pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Selección de patologías a informar: Octubre y Noviembre 2016
- Elaboración de hojas informativas: Diciembre 2016 y Enero 2016
- Iniciar la entrega de hojas y encuestas Febrero a Julio de 2017
- Estudio de respuestas Agosto a Octubre 2017

9. OBSERVACIONES.
- Limitación: se excluirá a aquellas pacientes que no hablen español, inglés o francés.
- Se tomará nota de las pacientes excluidas y un breve motivo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... NADIA NASSAR MELIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GASCON MAS ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELLICER SORIA ANA MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ MARTINEZ SARA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· POLO OLIVEROS LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hasta este año los métodos anticonceptivos financiados parcialmente por la Seguridad Social en Aragón englobaban a un grupo de anticonceptivos hormonales combinados orales, a la minipíldora de progesterona y al implante anticonceptivo. Disponíamos como métodos completamente financiados en Aragón de los DIUs de Cobre y el DIUs Mirena. Hasta la fecha los DIUs disponibles, tanto financiados como de pago, tienen unas dimensiones estándar que pueden dificultar su colocación en pacientes nuligestas, por lo que su uso en estas pacientes era excepcional.

El DIU Jaydess® es el DIU hormonal más pequeño disponible y contiene una dosis hormonal baja. El dispositivo tiene una longitud de 30mm siendo de plástico flexible.

El Diu Jaydess® previene el embarazo de tres formas:
1. Aumentando el espesor del moco cervical, impidiendo el paso de los espermatozoides.
2. Disminuyendo el espesor endometrial, dificultando así la implantación.
3. Creando un entorno desfavorable para los espermatozoides dentro del útero, disminuyendo su movilidad.

La eficacia de Jaydess® en la prevención de embarazos es superior al 99 % desde el momento en que se introduce en el útero hasta que se extrae. Jaydess® es eficaz durante un período máximo de 3 años, periodo ideal en población joven.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desde su existencia y sobretodo desde su completa financiación se ha convertido en un método útil y cómodo en población joven nuligesta.

Gran parte de la población joven desea métodos anticoneptivos de larga duración, eficaces y que no dependan de los olvidos en su toma, por lo que este método cumple este tipo de requisitos.

La ventaja de disponer de ellos en la consulta de planificación es que la paciente si lo desea sale de la consulta con un método anticonceptivo altamente eficaz durante 3 años y con muy buena tolerancia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde mediados del 2016 es un método financiado y del que disponemos en la consulta de Planificación Familiar de Inocencio Jiménez Delicias. Se ha difundido la información de este DIU por todos nuestros centros de Atención Primaria, tanto para su conocimiento a la hora de informar a las pacientes como para su seguimiento o resolución de dudas.

Desde septiembre de 2016 se están registrando los DIU Jaydess® que colocamos para tener conocimiento de las preferencias de uso de las pacientes, la tolerancia y los motivos que pueden suscitar su retirada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de DIUs Jaydess® colocados en 1 año.
- Número de DIUs Jaydess® retirados en 1 año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año. Desde septiembre 2016 a septiembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Planificación familiar

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Planificación familiar
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0816 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MACHIN RICOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO CAROD MARIA PILAR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARIS BOJ VIRGINIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FERRER SAMATAN MARIA ELENA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PARITORIOS
· MARCO SAN JUAN CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· SALAS MARTINEZ ANNA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.
Con este proyecto nuestro objetivo es establecer una circuito de actuación interdisciplinar que abarque todo el proceso, proporcionando a la familia una atención integral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde enero de 2017 hasta diciembre del mismo año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0816 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Proyecto: 2016_0843 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BOILLOS CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAVENTOS TATO RUT. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LEAL CARIÑENA CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ MORAN CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROLDAN RIVAS FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SOLA GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LLORENTE ALAMA SOFIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha demostrado que algunos hábitos quirúrgicos/anestésicos tradicionales han resultado ser factores de riesgo para la aparición de complicaciones postoperatorias. Los hábitos no recomendados son los ayunos prolongados,la preparación colónica,la administración de opioides intravenosos para el control del dolor,la administración de fluidoterapia de forma “liberal”,la colocación de sondas nasogástricas de forma rutinaria,el retraso en el inicio de la alimentación oral y en la deambulación.El protocolo ERAS(EnhancedRecoveryAfterSurgery) se trata de un programa de Recuperación Acelerada tras Cirugía.
La filosofía principal del protocolo ERAS es reducir el estrés metabólico causado por el trauma quirúrgico y apoyar la recuperación temprana desde un abordaje multidisciplinar. Esta actuación sobre factores implicados en la respuesta biológica a la agresión impacta en las complicaciones postoperatorias y disminuye la estancia hospitalaria y los costes de hospitalización.
1) Abordaje preoperatorio con base en protocolo ERAS
- Proporcionar información adecuada:desde la consulta ginecológica y de anestesia.
- Evitar ayunos prolongados:se recomienda un ayuno a sólidos de seis horas y de líquidos hasta dos horas antes de la inducción.
- Aporte de Hidratos de Carbono:reduce la respuesta catabólica,disminuyendo la resistencia a la insulina.
- Evitar preparación intestinal:los pacientes sin preparación no tienen un incremento de la morbilidad ni la mortalidad.
- Premedicación:sedantes de vida media corta.
- Profilaxis antimicrobiana:dosis única previa a la incisión. Si más de 3h o sangrado mayor a 1,5l administrar segunda dosis.
- Tromboprofilaxis: heparina y medias de compresión mecánica
2) Abordaje intraoperatorio con base en el protocolo ERAS
- Fármacos de acción corta, anestesia locorregional:la analgesia atenúa la respuesta de estrés,disminuye el dolor dando mejorando la función pulmonar y reduce el íleo.En caso de contraindicación, se puede realizar un bloqueo de pared abdominal ecoguiado (bloqueo TAP bilateral) y/o infiltración con anestésicos locales de las incisiones de trócares.
- Mantener la normotermia:manta térmica y administración de líquidos intravenosos a temperatura controlada.
- Evitar la sobrecarga hídrica:se recomienda una fluidoterapia basada en el peso ideal (3-5 ml/kg/h para laparoscopia y 5-7 ml/kg/h para laparotomía).
- Tipo de incisión: cirugía de mínima invasión,incisiones transversas u oblicuas.
- Evitar el uso de drenajes:aumenta el riesgo de infecciones y retrasa la movilización.
3) Abordaje postoperatorio con base en el protocolo ERAS
- Retirada temprana de sondas y catéteres.
- Analgesia y anestesia epidural:la analgesia epidural se mantiene durante 48 horas. El uso de opioides como analgésico se limita a rescate.
- Evitar uso de sonda nasogástrica: el uso rutinario retrasa la recuperación de la función intestinal, incrementa complicaciones pulmonares y prolonga la estancia, sin evitar los vómitos, la distensión abdominal ni las dehiscencias de anastomosis.
- Reinicio temprano de la dieta:iniciar a las cuatro horas con líquidos,ya que,la ingesta precoz es segura, disminuye las complicaciones postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria.
- Movilización temprana.
- Los criterios fundamentales de alta hospitalaria son:tolerancia a sólidos,analgesia oral eficaz y una correcta movilización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adaptar el protocolo Eras a la cirugía ginecológica.
Aplicar el protocolo Eras en nuestro servicio.
Evaluar las complicaciones de la cirugía ginecológica tras la implantación de este protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La optimización del manejo perioperatorio en base a la implementación del protocolo ERAS ha mostrado en diferentes estudios que mejora de manera significativa la evolución de los enfermos y la calidad y seguridad de atención, por lo que recomendamos sea considerada su implementación. Para lo cual se propone la coordinación con el Servicio de anestesia para la implantación del nuevo protocolo de actuación durante el preoperatorio y la intervención quirúrgica, así como con el personal de enfermería que se va a hacer cargo de

Proyecto: 2016_0843 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

los pacientes durante el ingreso hospitalario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Análisis detallado de todas las complicaciones aparecidas en el postoperatorio inmediato de cada una de los tipos de intervención quirúrgica.
Análisis de la estancia media de cada tipo de intervención quirúrgica.
Se va a evaluar la satisfacción subjetiva de las pacientes durante la estancia hospitalaria con una pequeña encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:Marzo-2017.
Fecha de finalización:Diciembre-2017
Marzo: Puesta en común con el servicio de anestesia del protocolo para su implantación en nuestras pacientes.
Abril: Información y entrenamiento del personal de enfemería para su adecuación en nuestra planta de ingreso hospitalario
Mayo en adelante implantación del protocolo en todas nuestras pacientes intervenidas quirúrgicamente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0918 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIAD DE OBSTETRICIA

2. RESPONSABLE ..... ANA ESMERALDA CASTRO FERNANDEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEIRA SOLANO YOLANDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESTEBAN CID MARIA VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO SANCHEZ VICTOR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTIN LAHUERTA MARIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SALGADO BELTRAN BLANCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARAGON MILLAN PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ RUIZ SONIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EN EL CONTRATO DE GESTION DEL 2017,EL ICC ES UN INDICE A VALORAR PARA LA PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO.
CUANDO NOS LLEGAN LOS DATOS DE LOS INDICES ACTUALES DE LA UNIDAD OBSERVAMOS,QUE ESTAMOS EN EL 14%,. ESTO NOS LLEVA A PONER EN MARCHA ESTA ACCION QUE MEJORE LOS DATOS E IMPLIQUE AL PERSONAL Y A BUSCAR OTRAS UTILIDADES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
NORMALIZAR LA PRACTICA CLINICA DEL ICC.

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE AMBITOS ASISTENCIALES.

MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DE LA GESTANTE PATOLOGICA Y DE LA PUERPERA

ASEGURAR LA COMUNICACION BIDIRECCIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE DIFERENTES AMBITOS

GARANTIZAR EL REGISTRO Y TRASMISION ADECUADA DE INFORMACION RELATIVA A LOS CUIDADOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) TALLER PARA ENSEÑAR A TODO EL PERSONAL A CUMPLIMENTAR EL ICC (MATRONAS Y ENFERMERAS).

2) EL ICC SERA REALIZADO POR:
_ ENFERMERÍA GESTANTES CON PATOLOGIA Y PUERPERAS QUE SE LE HAYA REALIZADO UNA CESARAREA.
_MATRONAS : PUERPERAS CON PARTO VAGINAL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nª EPISODIOS CERRADOS CON ICC AL ALTA / Nª TOTAL DE EPISODIOS CERRADOS SIN EXITUS .NI TRASLADOS NI ALTA VOLUNTARIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
FECHA DE INICIO : 24 DE OCTUBRE 2016.
EN DICIMBRE DE 2016 CONSEGUIR UN INDICE DE ICC 40-50%.

EN EL 1ª TRIMESTRE DEL 2017 ALCANZAR UN INDICE ENTRE 80%-100% .

FINALIZAR EL AÑO 2017 CON ESTA ACTIVIDAD INCORPORADA AL TRABAJO DIARIO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0958 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL CULTIVO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO AL CRIBADO DE CANCER DE CUELLO

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NASSAR MELIC NADIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VICENTE ITURBE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELLICER SORIA ANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GABASA GORGAS LOURDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PROCAS RAMON BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HIERRO ESPINOSA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El cáncer de cérvix es la tercera neoplasia más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.
En las dos últimas décadas se ha confirmado que el virus del papiloma humano (VPH) es el agente causal de la práctica totalidad de neoplasias de cérvix y de sus lesiones precursoras. El modelo de carcinogénesis cervical se basa en la persistencia de la infección por VPH como elemento necesario para el desarrollo de lesiones precursores y cáncer.
En octubre de 2014, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) actualizó el protocolo de cribado de cáncer de cuello a nivel nacional, llegando a un consenso en el documento "Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero 2014". La novedad más importante en el nuevo protocolo fue la instauración del cultivo del virus del papiloma humano como base de todo el cribado y en sustitución paulatina de la citología cervical clásica, lo que ya se estaba realizando en muchos centros hospitalarios españoles.
Esto supone un cambio radical en las costumbres de mujeres y personal sanitario en lo que respecta al cribado de cáncer de cérvix, puesto que la citología obligaba a controles mucho más seriados y el cultivo de HPV permite espaciarlos a cada 5 años, lo que conlleva un importante recorte de gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualmente en España no existe una política común de cribado del cáncer de cérvix sino que existen estrategias de Salud Pública diferentes en cada una de las 17 Comunidades Autónomas.
Dentro de cada comunidad autónoma, incluso varía la estrategia de cribado de un sector a otro. En nuestro sector se está realizando el cultivo del VPH en las consultas de Ginecología desde hace un año siguiendo las recomendaciones de la SEGO. Pero la mayoría de las pacientes son captadas en Atención Primaria, donde todavía se sigue el anterior protocolo sin cultivo de VPH.
El objetivo de este proyecto es implantar el cribado por medio del cultivo de VPH y hacerlo extensible a todas las pacientes del sector.

Objetivos:
Adecuar el cribado al protocolo de la SEGO.
Disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.
Aumentar la cobertura poblacional de cáncer de cérvix en el Sector.
Reforzar la unidad de criterios de cribado entre Atención Primaria y Atención Especializada.
Transmitir mensajes idénticos a la población.
Mantener o mejorar la detección de lesiones preinvasivas.
Mejorar la eficiencia de las consultas de ginecología y matronas.
Mejorar la adecuación de la indicación de citologías.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones con Dirección.
Sesiones en los Centros de Salud sobre HPV.
Charlas a la población para concienciar de la necesidad de acudir a las consultas de Atención Primaria a realizarse las pruebas pertinentes.
Distribución de información escrita (trípticos informativos).
Implementar el cribado poblacional con la detección de DNA del virus de Papiloma humano.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de citologías realizadas.
Media de días de demora en la recepción de los resultados de citologías.
Número de test HPV.
Cobertura en el Sector.
Consultas de Ginecología Patología Cervical, primeras y sucesivas.
Días de demora en consultas de matrona para citología.
Días de Demora en consulta de Ginecología.
Número de citologias que no se adecuan a protocolo.
Número de test de HPV que no se adecuen a protocolo.

Proyecto: 2016_0958 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL CULTIVO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO AL CRIBADO DE CANCER DE CUELLO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2016: Reunión con las matronas de Atención Primaria, presentación del plan de mejora.
Diciembre 2016: Reunión con Gerente de sector y Director de Atención Primaria para informar del desarrollo del proyecto y solicitar la implementación del test HPV en el protocolo de cribado.
Enero 2017: creación de un folleto informativo para distribuir en las consultas de Ginecología y Atención Primaria.

Marzo 2017: recogida de datos en las consultas de Ginecología.
Septiembre 2017: Sesión clínica para presentación de los resultados del Plan de Calidad en el servicio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0982 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... ELENA GASCON MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REPOLLES LASHERAS SIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALVO CAROD MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BOILLOS CALVO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ-SERRANO ARTIGAS CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO ROMEA ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RAVENTOS TATO RUT. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El implante subdérmico es un anticonceptivo formado por una sola varilla que contiene 68 mg de etonogestrel, gestágeno de 3ª generación. El principal beneficio de los anticonceptivos con sólo gestágeno es evitar los efectos secundarios metabólicos y clínicos de los estrógenos, por tanto, es una muy buena opción para las mujeres con alguna contraindicación para la toma de estrógenos.
Otra de las ventajas que ofrecen los implantes, a diferencia de otros métodos anticonceptivos, es que no dependen de la persona que los utiliza y, por lo tanto, no presentan diferencias en las tasas de efectividad entre el "uso perfecto" y el "uso típico"; con un Índice de Pearl de 0.05 constituye el método más seguro. Además, el implante está entre los métodos que se denominan de larga duración (tres años) suponiendo una mayor comodidad para la usuaria.
Hasta Junio de 2016, el implante suponía para las usuarias un coste económico, realizar un visado de inspección médica, asistencia a un mínimo de tres consultas ginecológicas, lo cual, conllevaba un riesgo de embarazo no deseado durante la espera. Además, su inserción y retirada debía ser realizada por un facultativo especialista en ginecología. En los sucesivos meses, se ha ido incorporando un programa aprobado por la D.G.A que incluye:
1. Financiación completa del método.
2. Prescripción por médico de atención primaria.
3. Cursos y talleres formativos en Anticoncepción para atención primaria (matronas y facultativos)
4. Seguimiento del método en los centros de salud.

Todo ello con el fin de conseguir la equidad en prestación de un método anticonceptivo prácticamente exento de riesgo y favorecer la accesibilidad de la usuaria mediante la modificación de competencias, de forma que se inserten en Atención Primaria, y que sean financiados, lo cual evita pasos intermedios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
•Disminuir la lista de espera en las consultas de Planificación Familiar.
•Garantizar la equidad en el acceso a la atención anticonceptiva.
•Disminuir la tasa de embarazos no deseados, y en consecuencia, el número de interrupciones voluntarias del embarazo.
•Conocer el perfil de la usuaria del implante, el patrón de sangrado del implante y la tasa de retiradas prematuras (antes del año).
•Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / Atención Especializada).
•Aumentar la adhesión al método a través del seguimiento en Atención Primaria.
•Centralizar la atención integral a la mujer en los centros de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Responsables: F.E.A Ginecología de la Consulta de Orientación Familiar del Centro de Especialidades de Zaragoza “Inocencio Jiménez”.
? Registro de inserción y retirada de los implantes, así como su motivos, y características epidemiológicas de las usuarias (edad, raza, paridad, IMC….)

Responsables: Matronas de Centro de Salud del Área III de Zaragoza.
? Registro del patrón de sangrado, satisfacción con el método y adherencia al método a los 3-6 meses de inserción del implante.
Para lo anteriormente mencionado, se va a utilizar:
1. Base de datos “Excel” centralizada en la consulta de orientación familiar de ginecología de Inocencio Jiménez.
2. Encuesta entregada en el momento de la inserción del implante, que será entregada a la matrona del centro de salud cuando realicen el control a los 3-6 meses.
3. Cursos y talleres formativos en los centros de salud del Área III de Zaragoza.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Número de implantes insertados en atención especializada.
•Número de implantes insertados en atención primaria.
•Número de implantes retirados antes del primer año tras su inserción si el motivo es el patrón de sangrado irregular.

Proyecto: 2016_0982 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Fecha de inicio: Octubre 2016 ; Fecha de finalización Octubre 2017
- Exposición del proyecto de calidad al grupo de trabajo tras su aprobación.
- Programación de cursos y talleres a atención primaria.
- Recogida de registro de la base de datos y de encuestas en Atención Primaria cada 3-4 meses.
- Análisis de los datos y exposición de los mismos.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PLANIFICACIÓN FAMILIAR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1623 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DE ANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MATEO GABAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAS PASCUAL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ESTEBAN FLORIA OLIVIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ VELEZ MIREYA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· RAMIRO MILLAN PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los fármacos antiangiogénicos se utilizan desde hace años para el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. El implante intravítreo de dexametasona es usado para el tratamiento del edema macular secundario a trombosis venosa retiniana o a uveitis. En los últimos años, las indicaciones de dichos fármacos se han ampliado al edema macular diabético, en el caso de antiangiogénicos e implante intravítreo de dexametasona y a la trombosis venosa retiniana y la neovascularización coroidea de origen miópico en el caso de los antiangiogénicos. Es por lo tanto necesario actualizar los consentimientos informados de dichos fármacos tanto para incorporar las sus nuevas indicaciones como para añadir la información que la bibliografía más reciente aconseja.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la información que reciben los pacientes sobre dichos fármacos y sus acompañantes.
Población diana: pacientes con edema macular diabético, degeneración maculas asociada a la edad, uveítis, trombosis venosa retiniana, membrana neovascular miópica.
Intervenciones: inyecciones intravítreas.
Servicios: servicio de Oftalmología. Sección de Retina. Sección de uveitis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se seguirá la misma rutina que habitualmente, ya que sólo habrá que sustituir el consentimiento utilizado hasta ahora por los nuevos consentimientos actualizados.
Explicación por parte del personal médico de la patología y el tratamiento propuesto al paciente y sus acompañantes si fuera necesario. Entrega del consentimiento por parte del personal de enfermería o auxiliar de enfermería. Aclaración de dudas que puedan surgir al paciente o sus acompañantes por parte del médico. Firma del consenstimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración del número de pacientes que son tratados por las patologías a las que se refieren las nuevas indicaciones frente al número total de pacientes tratados con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos e implante intravítreo de dexametasona.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los nuevos consentimientos se implantarán en cuanto hayan sido aprobados por la dirección del H Clínico Universitario.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1639 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ MORALES JUANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CHACON VALLES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la actualidad existen pacientes con glaucomas refractarios, que aun con máximo tratamiento, están muy mal controlados y que por tanto revisten por tanto un carácter urgente (la mayoría derivado de otros centros).
La propuesta de mejora, es disminuir al máximo el tiempo de espera quirúrgico en este tipo de pacientes, pudiendo asignarles en la consulta, el día de la cirugia, debido al caracter urgente que presentan. Esto implicaría una colaboracion estrecha con el Servicio de Anestesia, elaborando un protocolo que garantizase un circuito especifico para este tipo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir el tiempo de espera en pacientes incluidos en lista quirúrgica con glaucoma refractario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer un circuito especifico de canalización, basado en un protocolo, y la literatura actual, así como en la experiencia de otros centros, para proponer su aprobación por parte del Servicio de Anestesiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación trimestral del tiempo de espera quirurgico, desde el momento en el que se apruebe el protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1/2/2017 Fecha de finalización: 31/12/2017
Marzo 2017: Elaboración de un protocolo basado en la literatura y en la experiencia de otros centros. .
Abril 2017: Reunión con el Servicio de Anestesia y aceptación del contenido del protocolo.

Trimestralmente: Comprobación del tiempo de espera quirurgico y problemas surgidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2016_1669 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

2. RESPONSABLE ..... PAULA CASAS PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MINGUEZ MURO ENRIQUE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· SALVADOR GOMEZ TRANSITO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· DEL BUEY SATAS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ RODRIGUEZ NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La neovascularización corneal (NVC) aparece por múltiples mecanismos patológicos como pueden ser la inflamación, infección, isquemia o pérdida de la barrera limbar de células madre. La presencia de vascularización en la córnea implica la pérdida de la barrera que supone el limbo esclerocorneal y se asocia a inflamacíon crónica, edema, depósitos lipídicos y, como consecuencia, pérdida de la transparencia corneal y disminución de agudeza visual. En el caso particular del trasplante corneal, la presencia de vasos en el lecho corneal del receptor, conlleva la pérdida del privilegio inmunitario de la córnea y compromete la supervivencia del injerto. En última instancia, la NVC puede precipitar el fracaso del tejido trasplantado obligando al paciente a someterse a un segundo trasplante, con el coste y riesgos que ello conlleva.
Existen numerosas técnicas para tratar la NVC, si bien ninguna es totalmente efectiva. Éstas incluyen antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos tópicos, diatermia con aguja fina, terapia fotodinámica, o la restauración de la superficie ocular con el trasplante de conjuntiva, limbo o membrana amniótica. A excepción de los antiinflamatorios tópicos (que forman parte del arsenal terapéutico oftalmológico habitual y se utilizan de forma sistemática en este tipo de situaciones), el resto de los tratamientos suponen un procedimiento quirúrgico con riesgo y gasto elevados.
El bevazucimab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que actúa frente todas las isoformas del VEGF-A evitando la aparición de neovascularización e inhibiendo la ya presente. Su uso no ha sido formalmente aprobado por la FDA para indicaciones oftalmológicas; sin embargo, ha sido ampliamente utilizado “off-label o fuera de indicación” por su eficacia y mayor coste-efectividad, habiéndose demostrado la no inferioridad de bevacizumab frente a ranibizumab en múltiples patologías, entre ellas la NVC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Introducir en la práctica clínica diaria el colirio de Bevazucimab para pacientes con NVC reciente.
• Facilitar el empleo de colirio de Bevazucimab en pacientes con patología corneal, puesto que su coste es reducido, la vía de administración es cómoda y sencilla y no existen efectos adversos sistémicos asociados publicados.
• Mejorar la supervivencia de los injertos corneales mediante la introducción de nuevas líneas terapéuticas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una reunión con el servicio de farmacia para establecer las indicaciones del tratamiento, concentración y forma de preparación. Además, se establecerá una vía de comunicación adecuada para la petición del tratamiento mediante el formulario adecuado.
Los pacientes en los que se instaure el tratamiento, serán revisados en las consultas de oftalmología dependiendo de la patología que presenten, con una revisión al mes como mínimo (tiempo de caducidad del colirio).
En cada visita el oftalmólogo realizará un registro fotográfico del paciente tratado y reportará cualquier incidencia o efecto adverso al servicio de farmacia, valorando la necesidad de continuar o retirar el tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de la efectividad del tratamiento mediante comparación de registros fotográficos de los pacientes tratados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Septiembre de 2017
Comunicación semestral del número de pacientes incluidos en el tratamiento
Fin del proyecto con valoración de la efectividad del tratamiento: Septiembre 2018

9. OBSERVACIONES.
En la literatura médica previa no se ha comunicado ningún efecto secundario sistémico asociado al colirio de Bevazucimab.
Respecto a los efectos adversos locales, podría producir molestias tópicas en el lugar de la instilación, hiperemia conjuntival o queratitis asociadas al principio activo o al conservante utilizado para su formulación (cloruro de Benzalconio). No obstante, estos efectos secundarios son transitorios y desaparecen con la retirada del tratamiento.

Proyecto: 2016_1669 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1696 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

2. RESPONSABLE ..... OLIVIA ESTEBAN FLORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEO GABAS JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· HONRUBIA GRIJALBO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· NUÑEZ BENITO ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SALVADOR GOMEZ TRANSITO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· BARTOLOME SESE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ VELEZ MIREYA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El tratamiento de la patología neovascular ocular ha experimentado grandes cambios a lo largo de las últimas dos décadas gracias al uso de nuevos fármacos que bloquean el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). A pesar de que estos nuevos antiVEGF se diseñaron para ser utilizados en el tratamiento de la neovascularización coroidea macular (NVC) en el contexto de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), en los últimos años han visto ampliadas sus indicaciones.
El VEGF es un mediador de la inflamación que puede actuar en múltiples procesos. En concreto se conoce su implicación en modelos animales de neovascularización de iris y de retina, así como en el edema macular. Actúa mediante un mecanismo pro-inflamatorio, incrementando la permeabilidad vascular y produciendo y manteniendo nuevos vasos, al tiempo que modula la formación de trombos, el flujo vascular y la vasodilatación.
La posibilidad de bloquear estos mecanismos, así como la similitud de la NVC asociada a la DMAE con otros procesos, ha permitido ampliar las indicaciones de los antiVEGF, en muchos casos dentro de ensayos clínicos o como utilización fuera de indicación (off-label), dentro de un procedimiento de Uso Compasivo.
Bevacizumab es un anticuerpo murino monoclonal humanizado capaz de bloquear todas las isoformas del VEGF. Este fármaco se diseñó inicialmente para el tratamiento de pacientes con carcinoma colorectal metastásico; sin embargo, posteriormente ha venido siendo utilizado bajo uso compasivo en el tratamiento de otras neoplasias, así como en el tratamiento de la DMAE húmeda y otras neovascularizaciones oculares.
Habiéndose demostrado la no inferioridad de bevacizumab frente a otros anti-VEGF, no cabe duda de que uno de los factores más atractivos de bevacizumab es su bajo coste, especialmente comparado con los otros tratamientos antiangiogénicos existentes (ranibizumab y aflibercept).
Pese a ser un fármaco no comercializado para uso oftalmológico, y ser necesaria la obtención de una aprobación off-label para su utilización individualizada como uso compasivo, en la actualidad sus indicaciones en Oftalmología siguen multiplicándose.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Introducir en la práctica clínica diaria el uso de Bevacizumab “off label” para aquellas indicaciones oftalmológicas no recogidas en la ficha técnica de los antiangiogénicos comercializados para uso intraocular (ranibizumab y aflibercept). Podrá ser empleado mediante inyección intravítrea por facultativos pertenecientes a las secciones de Glaucoma, Oftalmología Pediátrica y a la Unidad de Retina Médica y Quirúrgica, así como en inyección subconjuntival por los facultativos de la Sección de Patología del Segmento Anterior.
- Simplificar los trámites para el empleo Bevacizumab intravítreo y subconjuntival fuera de indicación en Oftalmología mediante un impreso único de solicitud para todos los antiangiogénicos incluyendo los fuera de indicación.
- Reducir el impacto económico que el uso de antiangiogénicos para patologías oculares tiene para el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Vitrectomía posterior (como coadyuvante 48-72 h previo a la cirugía o en el mismo acto operatorio). Previene el sangrado intra y/o postoperatorio en casos de retinopatía diabética proliferativa con o sin hemorragia vítrea asociada.

2. Cirugía de catarata (como coadyuvante 48-72 h previo a la cirugía o en el mismo acto operatorio). Previene el edema macular postquirúrgico, especialmente en pacientes con retinopatía diabética.

3. Edema macular cistoide (quístico) post-quirúrgico (Síndrome de Irvine-Gass) (2ª a facoemulsificación, queratoplastia, VPP, …)

4. Glaucoma neovascular, con rubeosis iridis.

5. Neovascularización coroidea (NVC) 2ª a:
a. Tumores coroideos (nevus coroideo, osteoma coroideo, hemangioma capilar retiniano, …)
b. Rotura coroidea traumática
c. Estrías angioides
d. Distrofia macular de Best

Proyecto: 2016_1696 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

e. Inflamación ocular (idiopática, Vogt-Koyanagi-Harada, uveítis x TBC, coroidopatía punctata interna, …)
f. Síndrome de presunta histoplasmosis ocular
6. Macroaneurisma arterial retiniano
7. Telangiectasias maculares
8. Enfermedad de Eales
9. Enfermedad de Coats
10. Retinopatía del prematuro
11. Coroidopatía serosa central crónica
12. Metástasis coroideas/iridianas de carcinoma mamario
13. Neovascularización corneal
14. Pterigion recurrente
15. Neoplasia escamosa de la superficie ocular
16. Linfangiectasias conjuntivales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes a los que se ha tratado con bevacizumab por las indicaciones mecionadas en la lista adjunta.
-Ahorro en coste económico del fármaco en la utilización de Bevacizumab frente a Lucentis o Aflibercept en los pacientes tratados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del Proyecto: Diciembre 2017.
Comunicación semestral del número de pacientes incluidos en el tratamiento.
Final del Proyecto: Diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... MARTA RAMOS FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades oncológicas tienen gran conexión con el ámbito hospitalario dados los numerosos ingresos y tratamientos que conllevan, por ello, es muy positivo que encuentren en el entorno sanitario un apoyo emocional, tanto físico como psicológico.

Tanto la depresión como la apatía ante las largas horas de la estancia hospitalaria, ayuda a desencadenar pensamientos negativos en estos pacientes (pensar en su enfermedad, en el tiempo que les queda,…). Estos cambios emocionales repercuten tanto individualmente como a nivel familiar y social.

Basándonos en la escala HAD (Hospital, ansiedad y depresión), se realiza un cuestionario de respuestas cerradas a 30 pacientes al azar ingresados en la Unidad de Oncología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

El 55% de los encuestados pasan el mayor tiempo de la estancia viendo la Tv, ya que, no encuentran más divertimentos.

El 71% de los pacientes nos comentan que durante la estancia piensan en su estado de salud y, por ello, su ansiedad aumenta; junto con un 40% que nos responde sentirse apático en los ingresos.

Los sentimientos básicos que sufren estos pacientes durante su estancia son: incertidumbre, sensación de pérdida de intimidad o control de su vida, y sensación de dependencia.

Con este proyecto se ha conseguido un espacio de entretenimiento en la misma planta de Oncología del hospital donde desarrollar un carácter vitalista y cambiar la perspectiva frente del ingreso, creando el “Rincón de Ocio”, donde pacientes y familiares disponen, durante toda su estancia y con entrada libre, de una biblioteca, periódico diario, revistas de entretenimiento, juegos de mesa y decoración con mensajes positivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES: Desarrollar un estilo proactivo para conseguir momentos de entretenimiento en pacientes ingresados y disminuir la apatía durante la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Área cognitiva: Convivir con los síntomas, tratamientos, efectos secundarios y aprender a distraerse.

Área emocional: Relacionarse con más facilidad, sentir que puede ejercer el autocuidado (independencia), desarrollar su confianza y autorregular su ansiedad.

Área psicomotora: Realizar actividades, lecturas o juegos para aumentar el ocio durante el ingreso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para comenzar el proyecto se colocaron carteles informativos dentro del control de la planta 11 del Hospital Clínico Lozano Blesa. Cada profesional sanitario voluntariamente cedió libros, revistas y juegos básicos de mesa (parchís, ajedrez, damas y baraja de cartas). La recogida de material se realizó en el mismo control de enfermería.

Como única responsable del proyecto recojo los libros, los catalogo en una lista de Excel con número relacionado en el lomo de cada libro, y realizo una revisión mensual de los ejemplares. Actualmente contamos con una biblioteca de 272 libros revisados y etiquetados por título, autor y persona que lo dona.

La decoración ha sido cedida gratuitamente por empresas: Mr. Wonderfull, Ascociación Princesa Calva, Balvi y vinilos Chispum.

Contamos con la ayuda del Heraldo de Aragón que nos cede el periódico diario y con el presente trimestral de la revista National Geographic.

La estantería fue realizada a medida por los servicios técnicos del hospital.

El proyecto está enfocado de manera que no suponga ningún coste a los usuarios ni al hospital.

Proyecto: 2016_0188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Indicador de ejemplares: cada mes realizo la contabilización y revisión de los libros y juegos. Anoto los que faltan para saber si se devuelven o no al siguiente mes.

2) Indicador de pacientes: tras el inicio del proyecto transformando la sala de estar habitual en un rincón donde los pacientes pueden entretenerse en actividades lúdicas, se ha observado una mejoría del estado anímico de pacientes y familiares. En la evaluación del programa el 80% de los pacientes nos señalan que es muy positivo el Rincón de Ocio para mejorar su estado anímico y ayudar a distraerse; el 60% de los pacientes nos comentan que lo que más utilizan es la biblioteca y el 30% ha disminuido su ansiedad frente a la estancia hospitalaria.

3) Encuestas anuales a los usuarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se inicio en Septiembre del 2015, aprobado por la Dirección del Hospital.
Actualmente sigue en proceso, ya que, contamos solo con una librería y necesitamos otra para completar la biblioteca, estamos en trámites con servicios técnicos del mismo hospital para su realización.

Las actividades anuales que se llevan a cabo son las decoraciones especiales en fechas señaladas: fiestas del Pilar y navidades.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA PERIBAÑEZ GAIRIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUCIA TABUENCA MAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· TORCAL CUBERO MERCEDES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· SANCHEZ GOMEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· AGÜERAS CRISTOBAL ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· RAMOS FERNANDEZ MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· SALVADOR SANCHEZ FERNANDO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· SALAS CLEMENTE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El dolor del paciente oncológico es el síntoma patológico que más frecuentemente detectamos en nuestro día a día. La enfermera de oncología está en continua relación con los pacientes y familiares y, por ello, observa su preocupación por este tema.

La situación actual en esta Unidad es: el paciente en su ingreso hospitalario desconoce la variabilidad del dolor y cuando debe comunicarlo.

Con este proyecto intentamos ayudar al paciente a identificar y manejar este síntoma para mejorar su seguridad y calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES:
1)Mejorar los conocimientos y manejo del dolor por parte de los pacientes y familiares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Área cognitiva: Identificar, por parte del paciente, la diferencia entre dolor basal y dolor irruptivo.

Área psicomotriz: Colaboración y apoyo, por parte de los familares, solicitando nuestra ayuda.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Entrega de cuestionario al ingreso del paciente, mediante el cual, realizando preguntas de respuestas cerradas podremos objetivar las necesidad de mejora.

Durante la estancia hospitalaria, las enfermeras responsables del proyecto, formarán al paciente y a sus familiares en datos útiles para afrontar y mejorar el dolor.

Entrega del mismo cuestionario al alta hospitalaria, para poder valorar los progresos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Escala EVA- Escala de valoración analógica del dolor.
Escala Karnofsky- Calidad de vida en paciente oncológico.
Algoritmo de Davies para dolor irruptivo en pacientes oncológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Incio del proyecto: 1 de Noviembre del 2016.

Cronograma: durante un periodo de seis meses pondremos en activo el proyecto. Del 1 Noviembre del 2016 al 1 Mayo del 2017.

Fin del proyecto: 1 Mayo del 2017. A partir de esta fecha realizaremos la evaluación de los resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ AGREDA MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLES VARELA HECTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROYO LOPEZ JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FUMANAL SENZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOIS ORTEGA YOLANDA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GARCIA CURDI FERNANDO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ BUIL JESSICA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una de las urgencias más frecuentes en la especialidad de Otorrinolaringología es la epistaxis o hemorragia nasal. En determinadas épocas del año es frecuente atender varios pacientes al día con este problema: algunos de ellos son ingresados, bien por la cuantía del sangrado, por la localización del punto sangrante, o por su recidiva y la necesidad, por lo tanto, de acudir a urgencias en repetidas ocasiones.
Sin embargo, en otros casos, el paciente es tratado con un taponamiento nasal, y con él es enviado a su domicilio, para ser retirado entre 2 y 4 días después.
Es una situación que preocupa mucho a los pacientes, y que precisa de unas normas claras de conducta durante el periodo que ese taponamiento es mantenido.
Al ser atendidos en urgencias, se les explican verbalmente las pautas de actuación que deben de seguir, así como los motivos o no, de preocupación. No obstante, en muchas ocasiones, tanto el paciente como los acompañantes están tan preocupados y nerviosos que, al llegar a casa, no se acuerdan de las pautas indicadas.
Es por este motivo por lo que pensamos que sería útil entregar una hoja con las indicaciones básicas que estos pacientes deben seguir en sus domicilios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja donde se les recuerdan por escrito las indicaciones que deben seguir, los pacientes se encuentran más orientados respecto de su tratamiento. Estas indicaciones básicas de actuación pueden en gran medida disminuir el número de recidivas de la epistaxis. Por otra parte, esta hoja supone una herramienta de tratamiento ya que señala el lugar y el tiempo en el que ese taponamiento será retirado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hemos realizado una hoja informativa donde se resumen las normas básicas de conducta de un paciente que acaba de tener una epistaxis y ha acudido al servicio de urgencias, donde ha sido taponado. Este paciente será dado de alta con un taponamiento nasal que deberá llevar durante al menos 48 horas.

Esta hoja informativa, será entregada al paciente, junto con el informe de alta, por el facultativo que les haya atendido en urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- número de pacientes que acuden al lugar y hora indicados en la hoja de instrucciones (se les preguntará en la llamada telefónica).
-entrevista telefonica en la que el paciente indicará la utilidad de la hoja informativa y su grado de satisfacción con ella.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará con carácter inmediato y se prolongará en la medida en la que se compruebe su utilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EPISTAXIS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0616 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... GONZALO GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FACI ALCALDE ELENA. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· CUADRON ANDRES LORENA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ASCASO MATAMALA ANGELA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GARCIA HERNANDEZ LARA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· PEREZ NAVALON LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La demanda asistencial en el Servicio de Pediatría del HCU Lozano Blesa es cada año mayor, disponiendo de menos tiempo para la atención de las urgencias y para las explicaciones que requiere cada acto médico. Tras la atención pediátrica en el servicio de Urgencias de Pediatría se dan verbalmente una serie de indicaciones en cuanto al tratamiento y signos de alarma a los padres o acompañantes del menor sobre la patología que padece y el cuidado que precisa.
En ocasiones, consiste en una gran cantidad de información nueva que puede resultar difícil de comprender. En otras ocasiones, esta información se da al acompañante del niño que acude a Urgencias sin ser ninguno de los dos progenitores (pueden ser tíos, abuelos, tutores o el miembro familiar que normalmente se ocupa de su cuidado) pudiendo resultar difícil la trasmisión de esta información de una manera completa.
Es por este motivo que se presenta la oportunidad de facilitar esta información por escrito, de una manera ordenada, esquemática y de sencilla comprensión para poder ser recordada en el domicilio en cualquier momento.
Se pretende realizar una serie de hojas de recomendaciones con información, cuidados y signos de alarma sobre la patología o motivos de consulta más frecuentes que les ha motivado a acudir al servicio de Urgencias de Pediatría.
No se pretende sustituir a la información verbal que se les comunica mientras está siendo atendido sino apoyar con un documento por escrito donde puedan consultar de nuevo la información facilitada. Así mismo puede ser una manera de realizar educación sanitaria sobre cuando acudir de nuevo a un servicio de urgencias con los signos de alarma más importantes, cómo tratar la patología y cuándo debe ser revisado por su pediatra.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la educación sanitaria a los familiares y acompañantes de los niños sobre motivos de consultas y patología clínica más frecuente en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas.

- Informar de una manera ordenada, detallada y de sencilla compresión sobre los signos de alarma por los que acudir nuevamente a Urgencias en el proceso por el que el paciente ha consultado, mejorando así los recursos sanitarios y la sobrecarga de volumen en segundas consultas innecesarias.

- Con la facilitación de esta información se pretende diagnosticar posibles complicaciones médicas de dichas patologías, de una manera precoz por el conocimiento por parte de los padres de los signos de alarma.

- Asegurar que todos los acompañantes reciban una información unificada y clara sobre la patología aguda del niño.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuente en la Unidad de Urgencias de pediatría para ser entregadas en el mismo acto médico cuando se da de alta al paciente (al menos 20 patologías). (González García, Gonzalo; García Hernández Lara; Pérez Navalón, Laura)

-Realización de una sesión médica en el servicio de pediatría para presentar la nueva herramienta de apoyo en la Unidad de Urgencias y difusión de las nuevas hojas de recomendaciones (Muñoz Jalle, Elena).

-Se valorará el uso de las hojas de recomendaciones anotando su entrega en el informe de alta y haciendo un registro aleatorio de entrega durante un mes y evolución posterior de estos niños (Cuadrón Andrés, Lorena; Ascaso Matamala, Angela; Faci Alcalde, Elena)

-Encuesta de satisfacción a padres sobre la entrega de dichas hojas en la Unidad de Urgencias de Pediatría (Romero de Avila Montoya, Jose Mario).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)

2. Registro aleatorio de diferentes patologías durante un mes (por lo menos 10 pacientes recogidos de cada patología) y seguimiento durante el mes siguiente para comprobar nuevas visitas a urgencias y efectividad de

Proyecto: 2016_0616 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

las recomendaciones dadas.

3. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero 2017- Marzo 2017: redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

- Marzo 2017: presentación en sesión en el Servicio de Pediatría de estas hojas de información y puesta en marcha para su difusión.

- A partir de Abril de 2017 en adelante: entrega de estas hojas informativas a todos los padres que acudan por motivos de consulta o patología especificada. Realización de encuestas de satisfacción a acompañantes y realizacion de registro de entrega de hojas de recomendaciones para monitorización posterior.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DIFERENTES PATOLOGÍAS PEDIATRICAS FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIATRICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0621 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HORARIO DE CONSULTA TELEFONICA EN CONSULTAS DE NEUROPEDIATRIA EN HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ JALLE
· 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. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· SORO FERRER ESTELA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GALVEZ GARCIA CARMELA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MORALES FERRUZ RAQUEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La información que se da en consulta de neuropediatría a veces es difícil de asimilar en un primer contacto, ya sea por el tiempo dedicado a ello, o por la importancia y potencial gravedad de la patología que a veces deja a los padres en un estado de bloqueo que les impide formular preguntas en ese momento.
En otras ocasiones necesitan resolver dudas sobre dosificación, efectos secundarios de la medicación propuesta, si se debe hacer cambios en relación con alguna incidencia…
Además de los padres, otros profesionales de primaria, atención temprana, urgencias…también tratan de contactar para comentar algún paciente.
Por todo ello, se les suele dar el teléfono de contacto del control de consultas, pero en ocasiones las llamadas se pierden imposibilitando la comunicación.
Por otro lado llamando durante el horario de asistencia se interrumpe la actividad, ocasionando una demora que puede generar molestias a los pacientes o desconcentración tanto en los padres como en el personal que estamos atendiendo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar una forma de comunicación más fluida con padres y con otros profesionales (centros de salud, terapeutas de atención temprana y pediatras de urgencia) para resolver dudas y consensuar la conveniencia de adelantar consultas sin interrumpir la actividad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer un horario fijo de consulta telefónica (no urgente) de 14h a 14.30 al finalizar las citaciones, facilitando la extensión directa de la consulta en el informe y comunicarlo a otros profesionales del sector en las reuniones que mensualmente realizamos en el servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mediante encuestas de satisfacción a padres y otros profesionales
Realizando un registro de llamadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante los primeros 9 meses del 2017, realizando las encuestas de satisfacción en el mes siguiente, ampliable si la demanda es suficiente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, DESEMPEÑADO POR TCAES Y ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN S.MENTAL. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

2. RESPONSABLE ..... BELEN REVILLA PEIRO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEDINA ROMERO MARIA CRUZ. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· RUBIO ASENSIO RAQUEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· RUIZ GONZALEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· BASTAROS MARTINEZ INES. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· ASCOZ CARRIO BRENDA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· RODENES CERVERA IVAN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En la Unidad de Corta Estancia de adultos del Hospital Clínico Universitario los pacientes disponen de varios momentos de Actividades en los que se crean espacios dirigidos por profesionales deEenfermería, donde se fomentan habilidades físicas, sociales y cognitivas.Corresponde a dos horas al dia. Con el objetivo de dotar de un mayor contenido terapéutico a estos espacios, un grupo de Enfermería de las plantas de adultos e infanto-juvenil comienza la tarea de recoger información sobre actividades y dinámicas de grupo. Se pretende elaborar un calendario de actividades que se extienda de forma reglada a lo largo del año, programando actividades diferentes para las diferentes semanas. Como referencia para empezar a trabajar nos basamos en el Modelo de Enfermería de Matjory Gordon, donde se describen 11 Patrones Funcionales: Percepción y manejo de la salud, Nutricional y metabólico, Eliminación, Actividad y ejercicio, Reposo y sueño, Cognitivo y perceptual, Autopercepción autoconcepto, Función y relación, Sexualidad y reproducción, Afrontamiento y tolerancia al estrés, Valores y creencias.”. Se ha obtenido un PROGRAMA DE TALLERES pendiente de ser implementado de forma completa en la Unidad de Corta Estancia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como resultado del trabajo realizado en el anterior Programa de calidad 2015 “Diseño e implementación de talleres/actividades para el cuidado del paciente psiquiátrico ingresado en una Unidad de Corta Estancia, incluido dentro del Plan de Cuidados de Enfermería”, se obtuvo un PROGRAMA DE TALLERES. El principal objetivo en el año 2016 es implementarlo de forma completa en la Unidad de Corta Estancia de adultos. Pretendemos convertirlo en una herramienta más del trabajo diario de las Enfermeras Especialistas en salud mental junto a TCAEs.
• A través de la puesta en marcha del Programa de Talleres, los pacientes ingresados en la UCE de adultos se beneficiarán de los contenidos de Psicoeducación y Educación para la Salud tratados en las reuniones de gran grupo.
• Bajo el modelo de Patrones Funcionales, diseñado por Matjory Gordon, los Talleres propuestos abarcan los 11 Patrones y se distribuyen en un calendario de 9 semanas
• Con el Registro de las actividades del Programa se pretende crear una herramienta que sirva para analizar el desempeño del Programa de Talleres. Se pretende que este programa sea flexible en cuanto a que acepte cambios que mejoren el desempeño del mismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Se celebrará un “Día de trabajo” donde reunirse el personal de la Unidad de Corta Estancia, que incluye y Enfermeras Especialistas en salud mental, TCAE y Celadores para familiarizarse con el material didáctico. Reflexiones y puesta en común de los detalles para la puesta en marcha del Programa. Durará una jornada entera de 7 horas.
• Implementación del 100% del Programa de Talleres.
• Celebración de reuniones de equipo donde evaluar y modificar, si es necesario, aspectos en el desempeño de los Talleres.
• Registro de las actividades a través de la Hoja de Registro. A diario se registrará cómo ha trascurrido el Taller en cuanto a: Tema del Taller, asistentes, incidencias, posibles mejoras en el desempeño del Taller.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Levantar Actas de las reuniones celebradas por los Miembros de Equipo, en las que se describan contenidos tratados y asistentes a las mismas.
• Dejar constancia del “Día de Trabajo” a través de Acta y Hoja de firmas para informar de los contenidos tratados y los/las asistentes a Dirección de Enfermería del Centro.
• Utilizar la Hoja de Registro de Talleres como herramienta para registrar la práctica o no del Programa de Talleres por parte del personal de la Unidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: enero de 2016
Fecha de finalización: diciembre de 2016
Calendario:

Proyecto: 2016_0532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, DESEMPEÑADO POR TCAES Y ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN S.MENTAL. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

Enero:
1. Celebrar una reunión conjunta de Enfermeras Especialistas de salud mental, TCAEs y Celadores a través de un “Día de Trabajo”.
2. Presentación del Programa de Talleres al personal médico y responsables facultativos de la unidad.

Febrero:
1. Implementar el 100% del Programa de Talleres
2. Registrar a través de la Hoja de Registro el 100% de los Talleres.

Marzo:
1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

Junio:
1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

Septiembre:
1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

Diciembre:
1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0628 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

2. RESPONSABLE ..... ISABEL IRIGOYEN RECALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ CAMO VALERO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· CARO REBOLLO FRANCISCO. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ PEREZ NOELIA. INFORMATICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS
· ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el momento actual no existe un registro oficial de estas características en el servicio de psiquiatría. Algunos de los pacientes que cumplirían criterios para dicha denominación son conocidos por todos los profesionales por haber pasado por todos las unidades del servicio, otros son atendidos repetidamente en urgencias o precisan de hospitalizaciones frecuentes, otros acceden a programas de enfermería ambulatoria para control de su adhesión o tolerabilidad al tratamiento.

La ausencia además de un sistema general de recogida de información en salud mental (asunto pendiente desde hace ya décadas) en Aragón, tampoco ha facilitado la recogida de esta importante casuística, lo que nos lleva a importantes dificultades para el conocimiento real del número de pacientes afectos de este concepto nosológico y secundariamente a la imposibilidad de planificar adecuadamente nuestros recursos actuales y futuros.
La oportunidad de mejora es la constitución de este registro, con un diseño técnico, adecuado, accesible informáticamente y operativo, que permita de forma clara la catalogación de los casos que cumplen criterios de TMG.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este sería el punto inicial e imprescindible para el desarrollo posterior de programas ad hoc para grupos de pacientes y para evitar:
1- Descoordinación asistencial entre profesionales y recursos
2- Pérdida de seguimiento
3- Dificultades actuales en la continuidad asistencial por falta de información sintética, accesible y disponible en red a todos los sanitarios que puedan atender a estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño del registro de TMG. YA REALIZADA EN COLABORACION CON INFORMATICOS DEL SALUD.

Pilotaje del registro. EN MARCHA

PENDIENTE:
Reunión de formación a todos los profesionales con acceso a cumplimentación del registro
Puesta en marcha del registro en red
Censo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro documental de todos los indicadores:.
- constitución y sesiones de grupo de trabajo
- reunión de formación de los profesionales con acceso a cumplimentación del registro
- registro operativo en red
- censo por sectores periódico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Programa iniciado en 2014 con ámbito sectorial, que ha pasado a ser propuesto de ámbito autonómico al ser considerado de interés por la Consejería de Salud.

9. OBSERVACIONES.
El ritmo de ejecución de este proyecto ha sido muy lento al haber ampliado considerablemente su ámbito inicial (de registro en intranet para el sector, trabajándolo con los informáticos del hospital a registro en historia clínica electrónica en colaboración con los informáticos del Salud).
sin embargo, no solo se reconvierte en un proyecto mucho más ambicioso, sino que pensamos se cubre con ello una necesidad sentida y demandada desde hace décadas por los profesionales de salud mental de Aragón.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2016_0628 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0691 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... AURORA QUEROL NASARRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· PALOMERO LOBERA VISITACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· MODREGO AZNAR FABIOLA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· PEREZ CAMO VALERO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón (2002-2010), contemplaba como una de sus líneas estratégicas la atención sanitaria y social prioritaria a colectivos de riesgo, incluyendo a los ancianos, que definen como: "colectivo significativo por las características demográficas de Aragón, muy vulnerable a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos y demencias, que requieren, en muchas ocasiones, estrategias específicas asistenciales y de cuidados".
La consulta de Psicogeriatría (PG) debe ser el eje fundamental para la gestión de los pacientes psicogeriátricos desde la perspectiva comunitaria. Y debe avanzar hacia una atención global (incluyendo al paciente y su entorno socio-familiar), integral (bio-psico-social) y multidisciplinar (OMS, 1996).
Desde marzo de 2015 se ha implantado en la Unidad de Salud Mental (USM) de las Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza un programa de atención a pacientes PG. Los pacientes mayores de 60 años derivados a la USM que cumplen con los criterios de inclusión establecidos (ver método) son atendidos por un mismo psiquiatra de la unidad, con formación específica en PG. Durante los primeros 6 meses de este programa piloto fueron valorados 47 pacientes, con una edad media de 78.3 años. A destacar en esta muestra una elevada carga de enfermedades crónicas (media 1.7 por sujeto), polifarmacia (media 8.8 por sujeto) y deterioro cognitivo (46.8%; 17% no diagnosticado previamente). Por las características de esta población, es especialmente importante la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y entre diferentes profesionales para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Enlace con Atención Primaria (AP), contemplando el área específica de la PG.
2. Analizar necesidades asistenciales de los pacientes incluidos en el programa de PG: Enfermería, Trabajo Social, interconsulta con Medicina interna/ Geriatría, interconsulta con Neurología, ingreso en Unidad de Hospitalización de Agudos (UHA) de Psiquiatría, institucionalización en residencia.
3. Establecer vías de enlace con los diferentes profesionales y recursos implicados en la atención al paciente PG; para favorecer una atención continuada, integral y multidisciplinar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los criterios de inclusión inicialmente establecidos (PG, MAQ, MC, MVP, RO, VP) son: sujetos mayores de 60 años + síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia, psicosis (alucinaciones, delirios) y/o alteración de conducta de aparición en edad tardía, síntomas confusionales, sospecha de deterioro cognitivo, ansiedad y/o depresión en contexto de comorbilidad médica, casos geriátricos en que se describe complejidad de manejo terapéutico (problemática social, resistencia a tratamiento...).
Desde enero 2016, elaboramos un registro de los pacientes incluidos en el programa (PG), incluyendo como variables: la necesidad de intervención (y motivo) por parte de enfermería (FM), trabajo social (EG), medicina interna ó psicogeriatría y neurología; la necesidad de ingreso en UHA Psiquiatría por el cuadro que motiva la consulta en USM; y si el paciente reside institucionalizado en el momento que consulta.
Actividades para mejorar: 1) Sesiones formativas de PG en Centros de AP del Sector (PG), con especial interés en cribado de alteraciones orgánicas que pueden producir síntomas psiquiátricos, detección precoz de deterioro cognitivo y prevención de riesgos asociados a la depresión en el anciano. 2) Consulta telefónica de casos en pacientes psicogeriátricos (PG, MAQ, MC, MVP, RO, VP), especialmente importante por la dificultad para su desplazamiento. 3) Análisis de necesidades asistenciales de los pacientes atendidos en consulta PG (PG) 4) Establecer reuniones y protocolos de coordinación entre los distintos profesionales (VP, PG), de acuerdo a las necesidades detectadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Carga asistencial PG en USM= Pacientes PG derivados/total pacientes derivados *100
- Número (n) y porcentaje (%) total de pacientes PG que precisan intervención de enfermería.
- n y % de pacientes PG que precisan intervención de Trabajo Social.
- n y % de pacientes PG que precisan valoración por Medicina interna ó psicogeriatría.
- n y % de pacientes PG que precisan valoración por Neurología.
- n y % pacientes PG que precisan ingreso en UHA Psiquiatría.
- n y % de pacientes PG institucionalizados en residencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre-Diciembre 2016: Análisis de pacientes atendidos en el programa de PG durante el año 2016 y de necesidades asistenciales.

Proyecto: 2016_0691 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Octubre 2016- Junio 2017: Sesiones formativas en PG para todos los Centros de AP del Sector.
Enero-Junio 2017: Diseño de estrategias de enlace con AP y otras especialidades. Diseño de protocolos de intervención multidisciplinar y de continuidad asistencial.
Julio- Septiembre 2017: Memoria que refleje los resultados alcanzados del programa.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2016_0529 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RADIODIAGNOSTICO EN EL APARATO LOCOMOTOR. METODO DE PRIORIZACION, PROTOCOLOS DE EXAMEN Y MODELOS DE INFORME DE NORMALIDAD EN LAS PETICIONES MAS HABITUALES DE LAS MODALIDADES DE RX Y RM

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ARIÑO GALVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRO ALONSO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MARTINEZ MONTALBAN MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ESTEBAN CUESTA HELANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ IBAÑEZ FRANCISCO TOMAS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· BAZ BARSELO NATIVIDAD. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LED AZAGRA ANGEL. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MENAL MUÑOZ PATRICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de radiodiagnóstico va a implantar en fechas próximas un modo organizativo asistencial y docente por secciones de actividad englobada en el denominado “modelo por órganos y sistemas”. La sección de músculo esquelético u osteoarticular (MSK) espera englobar las modalidades de radiología, ecografía, TAC y RM de forma integrada para un abordaje global de imagen diagnostica. Actualmente no existen protocolos para las diferentes áreas o prestaciones de estudio que sigan de forma aceptada y unificada los diferentes radiólogos implicados. Con este proyecto de mejora se pretende unificar, armonizar y homogeneizar estos estudios en las modalidades de radiología y resonancia magnética así como adoptar modelos de informe estandarizado para las situaciones de normalidad y los escenarios de patología mas frecuentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Armonizar, homogeneizar y protocolizar de forma estandarizada y unificada las pautas de examen de la sección MSK en las modalidades de radiología y RM, así como adoptar modelos normatizados de informes radiológicos acordes con las recomendaciones de la SERME (Sociedad Española de Radiología Músculo Esquelética, sección de la SERAM Sociedad Española de Radiología Médica) y otros organismos afines a la actividad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dejar constancia por escrito y a disponibilidad de los trabajadores implicados (TER, ATS-DUE en sala de trabajo, Médicos en sala de informes) en los procedimientos diagnósticos por imagen en el aparato locomotor (radiología músculo esquelética MSK) de los protocolos de estudio y modelos de informe de normalidad y principales o habituales patologías propias de la actividad en las modalidades de radiología y resonancia magnética, según la cartera de prestaciones de la SERAM.
Difundir entre trabajadores del servicio y entre los peticionarios que este proyecto de actividad constituye una herramienta de mejora de la calidad asistencial y fomenta la satisfacción del profesional.
Exponer el proyecto a los trabajadores implicados mediante charla informativa e impulsora de necesidad de seguimiento a corto y medio plazo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valores y tablas de utilización del protocolo dentro del grupo de pacientes examinados en la sección, en ambas modalidades Rx y RM, en hoja diseñada al efecto que será rellenada por el TER-DUE en la sala se estudio al final de cada jornada.-
Encuestas diseñadas al efecto, de satisfacción entre profesionales de sala de trabajo (TER, ATS-DUE), médicos que informen los estudios (radiólogos y residentes) y médicos peticionarios (clientes internos) de estudios RX y RM de las patologías de aparato locomotor (servicios Reumatología, Traumatología y Rehabilitación).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo al inicio de la organización por órganos y sistemas que contemple de forma específica la radiología músculo esquelética (MSK) como un área de dedicación especifica e integral en imagen diagnostica por imagen para las peticiones y patologías del aparato locomotor. Se estima que el periodo de impulso, charlas con los médicos, TER y ATS-DUE así como elaboración del documento escrito (que contenga las recomendaciones, formularios, etc) que sea tomado como modelo, se elabore entre enero y marzo de 2017 y la puesta en marcha completa sea entre 1 marzo y 30 junio de 2017. (total de 6 meses).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes a examen de imagen
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0529 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RADIODIAGNOSTICO EN EL APARATO LOCOMOTOR. METODO DE PRIORIZACION, PROTOCOLOS DE EXAMEN Y MODELOS DE INFORME DE NORMALIDAD EN LAS PETICIONES MAS HABITUALES DE LAS MODALIDADES DE RX Y RM

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0579 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA RODRIGUEZ TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN LOPEZ JUAN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CEBRIAN VALENCIA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· JUAN CASTEJON ROBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· VILLEGAS MORA YASNA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ORTIZ GIMENEZ RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SOLIS GUTIERREZ DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se ha detectado en los últimos años un aumento de las solicitudes de ecografía abdominal desde el Servicio de Urgencias. Existe una gran variabilidad en la utilización de los procedimientos diagnósticos que no puede ser explicada exclusivamente por las características de los pacientes. La disminución de los usos inapropiados no es una tarea sencilla, pero si se consiguiera lograría mejorar la calidad asistencial y liberar recursos para proveer otros servicios, aproximándonos así al objetivo de mejorar la salud de la población y gestionar mejor los recursos disponibles. La inadecuada solicitud de las tecnologías de diagnóstico por imagen, como puede ser la ecografía, entre otras, genera una sobrecarga para el Servicio de Radiodiagnóstico e incrementa el coste de oportunidad para otros pacientes, al no poder beneficiarse de esta prueba cuando está indicada. Además, el uso inadecuado. Además, el uso inadecuado puede llevar a hallazgos casuales que generan pruebas y tratamientos adicionales innecesarios que originan incertidumbre y ansiedad en los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es evaluar la adecuación de las indicaciones de la ecografía abdominal, la calidad de la cumplimentación de la petición cursada en urgencias y conocer si la petición de la ecografía tuvo relevancia en la evolución clínica del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se propone realizar un estudio retrospectivo de los pacientes no pediátricos atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, a los que se realizó una ecografía abdominal. Se recogerá información sobre los motivos de petición, los estudios de imagen adicionalmente realizados y la evolución de cada uno de los pacientes. Se pretende valorar la utilidad de la ecografía abdominal y la influencia de sus resultados en la evolución y el manejo de estos pacientes.
La recogida de datos se llevará a cabo por 4 residentes de la especialidad de Radiodiagnóstico y se clasificarán, con la ayuda de 3 facultativos especialistas, los resultados de la ecografía abdominal, en tres categorías: normal, patológico o inespecífico. Se estudiará además, con la supervisión de un facultativo del Servicio de Urgencias, la evolución de cada uno de los pacientes así como los estudios radiológicos adicionalmente realizados dentro de las primeras 72 horas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A través del sistema informático Indra y de la historia clínica electrónica del paciente, se van a recoger los datos referentes a:
- Motivo de petición.
- Información relevante (antecedentes patológicos, síntomas o signos de la exploración) y datos de laboratorio) no referida en la petición.
- Resultado de la exploración: normal, patológico o inespecífico. Se catalogan como resultado "normal" aquellos en los que no se detectó ninguna alteración. Se catalogan como "inespecífico" toda exploración que, aún arrojando algún hallazgo positivo, éste no era orientativo de ninguna entidad patológica o no guardaba relación con el contexto clínico propuesto. Se consideran resultados "patológicos" aquellos que lo fueron claramente "per se", incluso si no eran sospechados clínicamente o bien cuya presencia servía para confirmar una sospecha clínica.
- Realización de otras pruebas de imagen adicionalmente realizadas dentro de las primeras 72 horas, fundamentalmente TC abdominal, así como sus resultados.
- Evolución del paciente: alta, ingreso en planta de hospitalización, ingreso en UCI, cirugía y traslado a otro centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevee iniciar el proyecto el 1 de Diciembre de 2016, con fecha prevista de finalización el 1 de Julio de 2017.
Aproximación al cronograma de actividades:
- Recogida de datos: 18 semanas.
- Análisis e interpretación de resultados: 8 semanas.
- Conclusiones: 2 semanas.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0579 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0764 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

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.
· DE BENITO AREVALO JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LINARES VICENTE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· DOTTI GONZALEZ DIEGO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ENTRENA MARTINEZ CARMEN. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· PARADISI CHACON CARLOS EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la enfermedad coronaria, constituyen la primera causa de muerte en adultos. El campo del estudio no invasivo por imagen de las enfermedades coronarias ha avanzado considerablemente en los últimos años gracias al desarrollo tecnológico de los equipos radiológicos. La angiografía coronaria mediante tomografía computarizada, especialmente en equipos de 64 coronas, ha demostrado ser útil proporcionando información morfológica detallada de las arterias coronarias, ofreciendo tanto su luminograma como información sobre la propia pared arterial (extensión y composición de las placas ateroescleróticas). La TC coronaria presenta una alta sensibilidad y un alto valor predictivo negativo de manera que se puede descartar enfermedad coronaria en pacientes con riesgo cardiovascular bajo o moderado, sin necesidad de realizar un cateterismo diagnóstico invasivo.

Esta técnica presenta un potencial eficiente que con una estrategia efectiva de gestión de los recursos que aporta y los recursos humanos y técnicos disponibles, puede implicar un cambio en determinadas actitudes clínicas en especialidades como la Cardiología y la Radiología de manera que se disminuya el número de angiografías invasiva indicadas en pacientes de bajo-moderado riesgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar la utilización de la angiografía no invasiva en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática de angiografía invasiva en pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado.

Analizar la rentabilidad de la angiografía no invasiva frente a la invasiva durante un periodo de un año, de manera que se reduzcan los costes y se eviten riesgos al disminuir el número de angiografías invasivas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El servicio de Radiodiagnóstico ya dispone de un TC de 64 coronas y del software cardiaco necesario para realizar el estudio.

Para conseguir los objetivos deseados, debemos realizar varias medidas que se valoraran de forma conjunta entre todos los miembros del equipo.

• Realizar un protocolo de cardio-TC y presentarlo al staff de Radiodiagnóstico y Cardiología
• Dar a conocer el protocolo al personal técnico y de enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico, de manera que sea un procedimiento seguro y eficaz.
• Realizar de manera sistemática la angiografía coronaria mediante TC a todos los pacientes con riesgo bajo-moderado de enfermedad coronaria, en lugar de realizar directamente la angiografía coronaria invasiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Valorar la utilidad de la angiografía coronaria mediante TC estudiando el porcentaje de pacientes que evitaron el manejo invasivo:
% = (Número de pacientes que evitaron que se les realizara la angiografia invasiva / número de pacientes totales) x 100

- Determinar los costes de la TC cardiaca y la reducción de los costes al realizar TC cardiaco frente a la realización sistemática de cateterismo invasivo diagnóstico.

Coste TC: 199 euros (calcio score 32,26 euros mas)
Coste angiografía invasiva: 1061 euros
Coste noche hospitalización en cardiología: 741.66 euros

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Fecha de inicio: Diciembre de 2016
- Fecha de finalización: Diciembre de 2017

Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de TC coronaria.

Proyecto: 2016_0764 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Enero 2017: Presentación del protocolo de TC coronaria a todo el personal del Servicio de Radiodiagnóstico incluyendo médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos, y a los peticionarios del Servicio de Cardiología.

Enero-Diciembre 2017: Realización de la TC coronaria a todos los pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado y sospecha de enfermedad coronaria.

Diciembre de 2017: Análisis de los resultados: porcentaje de pacientes que evitan la realización de angiografía invasiva, costes y rentabilidad del proceso.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0810 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

2. RESPONSABLE ..... HELENA ESTEBAN CUESTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
· TARDIN CARDOSO ANA LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA NUCLEAR
· VALIENTE MARTINEZ CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SIMON MARCO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hemorragia digestiva baja aguda (HDBA) constituye una situación urgente, que puede devenir crítica, precisando tratamiento inmediato. Su incidencia anual es de aproximadamente 25 episodios por cada 100.000 habitantes y supone el 1% de los ingresos hospitalarios urgentes.
El manejo de los pacientes con HDBA requiere un enfoque clínico multidisciplinar, que implica a radiólogos y a especialistas de Intervencionismo, Urgencias, Digestivo, Cirugía y Medicina Nuclear.
La identificación del punto de sangrado y su etiología constituyen los objetivos primarios en el manejo de la HDBA. Las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles incluyen técnicas endoscópicas, gammagrafía, angio-TC, arteriografía y cirugía.
Una revisión retrospectiva realizada recientemente por la coordinadora del grupo, analizó los protocolos de actuación que se llevaron a cabo en los pacientes atendidos en el HCU "Lozano Blesa" por HDBA con inestabilidad hemodinámica inicial durante un periodo de 2 años. Se observó una marcada heterogeneidad en su manejo, con criterios diversos de selección de las diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas. Además el rendimiento de las pruebas o intervenciones realizadas fue muy variable.
Desde el Servicio de Radiología se pretende dar difusión a la capacidad de la angio-TC para detectar la etiología y el punto de sangrado. Es una técnica fácilmente accesible, y reproducible, tiene una elevada precisión diagnóstica, rapidez y carácter no invasivo. Por todo ello se pretende incluir la angio-TC como herramienta diagnóstica de primera línea en los protocolos de manejo de la HDBA grave. Consideramos que la angio-TC puede orientar inicialmente el algoritmo de actuación y mejorar los resultados de los procedimientos subsiguientes. Además se pretende consensuar una guía global de manejo de estos pacientes, que haga más homogénea la atención recibida y los resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Diseñar un protocolo de actuación ante casos de HDBA con criterios de gravedad, consensuado entre los principales participantes (Radiología, Medicina Nuclear, Intervencionismo, Digestivo, Cirugía y Urgencias).
- Homogeneizar la pauta de actuación mejorando la calidad de la atención que reciben estos pacientes, a la vez que se optimiza la gestión y el consumo de los recursos disponibles.

El objetivo prioritario es que todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias con un escenario clínico similar (HDBA grave) sean tratados de la mejor manera posible en base a la evidencia científica disponible. Ofertar unos recursos similares con unas demoras semejantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible concerniente al manejo de los pacientes con HDBA
- Recopilación de las principales guías de manejo clínico de la HDBA disponibles
- Consenso entre los servicios implicados a través de los representantes de cada uno de ellos incluidos en el proyecto de mejora
- Consenso y difusión de los acuerdos por parte de cada uno de los miembros del proyecto en sus servicios correspondientes.
- Aplicación del protocolo consensuado y recogida prospectiva de los casos para la evaluación del proyecto de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se constituirá una base de datos en la que se incluirán los siguientes parámetros: Edad y sexo de los pacientes, datos de inestabilidad hemodinámica (TAS<100mmHg y FC>100 lpm), necesidad de más de 4 concentrados de hematíes, toma de antiagregantes y/o anticoagulantes, fecha de ingreso, fecha en la que se realizaron las diferentes pruebas diagnósticas y/o terapéuticas (colonoscopia, angio-TC, técnicas intervencionistas, cirugía) y el diagnóstico o resultado derivado de ellas, la fecha de alta o fallecimiento.
Estos datos se compararan con los ya recogidos de manera retrospectiva, lo cual nos permitirá evaluar las posibles mejoras en el rendimiento diagnóstico de las pruebas realizadas, de los resultados de los procedimientos terapéuticos y del proceso global (mortalidad y estancia media).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el mes de noviembre, la coordinadora del proyecto realizará una revisión bibliográfica para presentar

Proyecto: 2016_0810 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

la evidencia disponible concerniente al manejo de la HDBA.

Tras la presentación de estos datos, cada componente del grupo elaborará un protocolo de actuación, argumentando sus planteamientos en base a las referencias bibliográficas revisadas.

A partir del mes de diciembre de 2016, se programará una reunión para consensuar un protocolo de actuación.

Desde ese momento se programarán sesiones informativas en todos los servicios involucrados para explicar los algoritmos consensuados. Adicionalmente se difundirá una memoria explicativa del algoritmo.

A partir de este momento se espera la puesta en práctica de la guía de actuación acordada y comenzar la recogida de datos para la evaluación del proyecto. Estos datos se analizarán cada año que continúen vigentes los protocolos acordados.

9. OBSERVACIONES.
Población diana: Pacientes con hemorragia digestiva baja (clínicamente presentada en forma de hematoquecia, melenas, rectorragias de curso agudo y con criterios de gravedad (inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión).

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0839 ()

1. TÍTULO

JUSTIFICACION Y NECESIDAD DE UNA CONSULTA RADIOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... RUTH DOMENE MOROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO LARIO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· CARRO ALONSO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MAYORAL CAMPOS VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MADARIAGA RUIZ BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MARTINEZ MONTALBAN MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· PADRON RODRIGUEZ NOELIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de radiodiagnóstico realiza un gran número de pruebas cuya asistencia implica coordinar la demanda, citación, consentimiento informado y preparación que determinan una eficaz ocupación de salas, mejor rendimiento diagnóstico, y una mayor seguridad de los pacientes.
Entre las oportunidades de mejora, en el Servicio de
Radiodiagnóstico debemos considerar el desarrollo de una consulta clínico radiológica.
Las oportunidades de mejora a tratar en este proyecto son:
- Indicación de la prueba más óptima para evitar la exposición a la radiación del paciente.
- Evitar y controlar los riesgos derivados de la utilización del medio de contraste iodado, como son la nefropatía por contraste, la acidosis láctica por toma de metformina y las reacciones alérgicas, como las más frecuentes. Además de las tirotoxicosis, influencia en la lactancia…
- Realización de un estudio óptimo.
- Valorar con anterioridad a la cita las contraindicaciones absolutas y relativas de los pacientes que precisan Resonancia Magnética.
- Evitar los huecos de agenda generados y recitación por la no valoración previa del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
•?Garantizar la seguridad del paciente evitando nefropatía por contraste iodado, acidosis láctica por toma concomitante de metformina, y de reacciones alérgicas.
•?Mayor adecuación de los estudios patología/paciente y necesidad /paciente.
•?Información individualizada para cada casuística presentada por los pacientes, donde se le podrán resolver todas las dudas que pueda presentar.
•?Optimización de los recursos del servicio de radiodiagnóstico mediante la evaluación previa del paciente.
•?Optimización de la agenda de citaciones por la exclusión de pacientes no aptos para pruebas radiológicas.
•?Creación de líneas de actuación ante situaciones potencialmente graves y posterior evaluación de las pruebas radiológicas que presenten incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El servicio de Radiodiagnóstico habilitará un despacho para evaluar a los pacientes que precisan de pruebas diagnósticas más complejas.

Las actividades que se llevarán a cabo en dicha consulta serán;
•?Valoración previa de los volantes de solicitud de pruebas radiológicas que precisan de la administración de medio de contraste intravenoso.
•?Seleccionar a los pacientes de riesgo, para que sean informados de las pautas a seguir antes de la realización de la prueba radiológica.
•Valorar la función renal del paciente en las pruebas radiológicas que sea previsto la administración de contraste iodado.
•?Informar sobre las pautas previas a seguir a la realización de las pruebas con medio de contraste para los pacientes que tomen metformina.
•?Informar de las pautas previas a seguir a la realización de pruebas con medio de contraste para los pacientes potencialmente alérgicos.
•?Citación en la consulta de los pacientes que precisen de una Resonancia Magnética, para valorar indicaciones y contraindicaciones y prioridad de cita.

Para poder alcanzar los objetivos marcados se actualizará y crearán protocolos de actuación frente cada contingencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de pacientes derivados a la consulta radiológica del total de las solicitudes de TC, RM y urografías y otras pruebas que precisan administración de contraste iodado/gadolinio.
2. Relación de pacientes que han precisado premedicación desde la consulta radiológica.
3. Relación de pacientes remitidos al servicio de alergias.
4. Relación de pacientes con cuya indicación de la prueba es modificada o sustituida desde la consulta radiológica.

Proyecto: 2016_0839 ()

1. TÍTULO

JUSTIFICACION Y NECESIDAD DE UNA CONSULTA RADIOLOGICA

5. Relación de pacientes a los que se solicita RM/TC y se desestima (rechazo de la prueba) sobre el total de los pacientes citados en la consulta radiológica.
6. Relación de pacientes a los que se evita exponer a radiaciones ionizantes en relación con el total de los pacientes asistidos en la consuta.
7. Encuesta de satisfacción de los pacientes y profesionales sanitarios (radiológos y médicos peticionarios)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2016:? Estudio, adecuación y realización de protocolos derivados de la administración de CIV, así como otros riesgos asociados a las pruebas radiológicas. Elaboración de selección de los pacientes incluidos en el proyecto.

ENERO 2017:? Selección de los pacientes beneficiarios de la consulta radiológica recibidos a partir del mes de Enero del 2017.

ENERO-JUNIO 2017:? Citación de los pacientes seleccionados en la consulta radiológica.

JULIO-SEPTIEMBRE 2017: Estudio y evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES DE RIESGO ANTE MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0881 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GIMENO PERIBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO LARIO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MENAL MUÑOZ PATRICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SAEZ VALERO EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ IBAÑEZ FRANCISCO TOMAS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· BAZ BARSELO NATIVIDAD. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· DOTTI GONZALEZ DIEGO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LASSA CUBERO MERCEDES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las exploraciones neurorradiológicas se encuentran cada vez más extendidas y son cada vez más utilizadas, siendo hoy en día la RM una de las categorías mas importantes de la neurorradiología.
A pesar de que existen facultativos especialistas con una mayor capacitación y experiencia en neurorradiología, no siempre estas exploraciones son llevadas a cabo por los mismos, realizándose estas exploraciones de manera no homogénea (tanto desde el punto de vista de la técnica como el informe radiológico).
La gran variabilidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas y cada una de las diversas exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en la resonancia magnética, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan los criterios óptimos de calidad.
La demanda de resonancias magnéticas es cada vez mayor, existiendo una liste de espera en aumento, por lo que es fundamental que las exploraciones sean realizadas de manera óptima para evitar la repetición de las mismas, lo cual contribuiría al aumento de la lista de espera de los usuarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
2. Unificar y homogeneizar el informe radiológico.
3. Establecer indicaciones de RM neurorradiológicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Establecer las indicaciones para la realización de las exploraciones neurorradiológicas, y difundirlas entre los médicos peticionarios, tanto facultativos de primaria como facultativos especialistas de nuestro sector.
2. Descripción y estandarización del procedimiento normalizado desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega a nuestra unidad siempre siga una serie de pasos normalizados y estandarizados.
3. Describir los distintos protocolos de realización de RM en neurorradiología en función de la sospecha clínica y de los hallazgos radiológicos, que sean uniformes para todos los pacientes independientes del técnico que realiza la exploración y del radiólogo responsable.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, de tal manera que el informe sea homogéneo y aporte la información necesaria a acerca de la exploración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas que cumplen criterios de indicación.
• 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 deben de ser comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios (se revisarán informes y exploraciones desde septiembre a diciembre 2016).

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informe radiológicos, que permite acceder a la justificación clínica (cumplimentada por el radiólogo al realizar en informe según las indicaciones del clínico), así como acceder a las imágenes radiológicas.

Este programa permite el análisis retrospectivo de estas variables.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este procedimiento será 1 año.
* Desde Diciembre a Marzo
Se formarán los grupos de trabajo para determinar las indicaciones de las exploraciones neurorradiológicas en RM así como para realizar los diversos protocolos en función de la sospecha clínica y de los hallazgos radiológicos.
Estos criterios se fundamentarán en las guías de la Sociedad Española de Neurorradiología.
A su vez se describirá el procedimiento al que se somete al usuario desde su llegada a nuestro servicio.
Se realizarán los informes tipo según la patología existente

Proyecto: 2016_0881 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

* Desde Abril a Julio
Se difundirá toda esta información entre los médicos peticionarios, así como entre el personal que realiza las exploraciones tanto médicos como personal de enfermería, técnicos y auxiliares (a cada estamento la información que le competa según sus funciones).
* Desde Julio a Noviembre
Se realizará un seguimiento semanal de todo este procedimiento, de tal manera que en los supuestos que no se cumpla se inducirá en el personal responsable.
Se medirán los indicadores de manera semanal y mensual, para valorar la evolución de estás medidas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0957 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA DE SEGURIDAD EN RESONANCIA MAGNETICA PARA PACIENTES Y PERSONAL ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO FERNANDEZ GOMEZ
· 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. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· JUAN CASTEJON ROBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· PADRON RODRIGUEZ NOELIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SAEZ VALERO EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ISCAR GONZALEZ ERNESTO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· PELEGRIN DIAZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Resonancia Magnética es una de las más potentes herramientas diagnósticas de la medicina moderna y aún tiene en desarrollo muchas nuevas posibilidades. Se basa en la aplicación de campos magnéticos de alta intensidad que interactúan con los materiales ferromagnéticos presentes en objetos habituales y en implantes médicos. Así mismo, pueden interferir en el funcionamiento de marcapasos cardiacos, diafragmáticos, desfibriladores y otros aparatos electromecánicos. Por otra`parte, los medios de contraste paramagnéticos tienen limitaciones de uso en pacientes gestantes o que padecen insuficiencia renal. Todas estas situaciones deben estar previstas en una unidad de Resonancia Magnética.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos y del personal que trabaja en Resonancia Magnética.
Elaborar una guía práctica de seguridad en Resonancia magnética.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecer las zonas de niveles de seguridad frente al campo magnético. D. Ernesto Iscar.
- Revisar el consentimiento informado y establecer un procedimiento de comprobación de cuerpos extraños o de implantes ferromagnéticos: antecedentes, revisión de estudios previos, radiografía de comprobación. Dr. Roberto Juan y D.Ernesto Iscar.
- Desarrollar un protocolo específico Radiología-Cardiología, para pacientes portadores de marcapasos. Volante de colaboración, extensión de contacto y cita en Cardiología y coordinación de cita de exploración de RM. Dres. Pelegrín y Fernández.
- Desarrollar un protocolo para el paciente con antecedentes de reacciones adversas y de pacientes con insuficiencia renal. Dra. Domene.
- Paciente gestante. Limitaciones de la RM. Dra Padrón.
- Paciente claustrofóbico. Coordinación con Servicio de Anestesia. Dra. Gimeno.
- El paciente con implantes ortopédicos. Dr. Lasierra.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplimiento de los plazos para el desarrollo de los objetivos, seguel cronograma.
Registro de pacientes que siguen los nuevos protocolos. Registro mensual de pacientes beneficiados por los cambios desarrollados: Consulta cardiológica; Coordinación con anestesia; Seguimiento de pacientes con implantes ortopédicos y registro de síntomas relacionables. Exploraciones a gestantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de comienzo: Diciembre de 2016. Fecha de finalización: Julio de 2017.
1.- Desarrollo de zonas de niveles de seguridad y protocolo de pacientes portadores de marcapasos. Febrero de 2017.
2.- Implantes ferromagnéticos ortopédicos. Abril de 2017.
3.- Revisión de protocolos para pacientes con antecedente de reacciones adversas, insuficiencia renal, pacientes gestantes y claustrofobicos. Julio de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Seguridad aistencial
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0981 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA ACTUACION ANTE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PINTADO RIVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMENE MOROS RUTH. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MILLAN LOPEZ JUAN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CEBRIAN VALENCIA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SEGURA AZNAR NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· GARCIA SOTILLOS MAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· RAMO GARZA MANUEL. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO
· SANZ MONTERDE AMELIA. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los medios de contraste radiológicos (MCR) son fármacos utilizados para mejorar la representación de las imágenes en los servicios de Radiodiagnóstico.
Al igual que con todos los productos farmacéuticos, la administración de estos agentes no está totalmente exenta de riesgo.

El objetivo principal de este proyecto es llenar un importante vacío en al ámbito de la realización de estudios radiológicos con medios de contraste, ya que desde el principio de la introducción de los MCR, se tiene el conocimiento de que son capaces de provocar reacciones adversas, pudiendo alguna de ellas llegar a ser incluso fatal y teniendo en consideración que muchas de estas reacciones no son de naturaleza alérgica.

Actualmente no existe una posición universalmente aceptada ante las reacciones adversas por MCR.

El principal objetivo de este proyecto es ayudar a los radiólogos en el reconocimiento e identificación de los riesgos inherentes a la utilización de MCR, consensuar con el servicio de Alergología los protocolos de actuación frente a un paciente potencialmente alérgico, y definir la actuación frente a dichas reacciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los medios de contraste radiológicos (MCR) son fármacos utilizados para mejorar la representación de las imágenes en los servicios de Radiodiagnóstico.

Al igual que con todos los productos farmacéuticos, la administración de estos agentes no está totalmente exenta de riesgo.

El objetivo principal de este proyecto es llenar un importante vacío en al ámbito de la realización de estudios radiológicos con medios de contraste, ya que desde el principio de la introducción de los MCR, se tiene el conocimiento de que son capaces de provocar reacciones adversas, pudiendo alguna de ellas llegar a ser incluso fatal y teniendo en consideración que muchas de estas reacciones no son de naturaleza alérgica.

Actualmente no existe una posición universalmente aceptada ante las reacciones adversas por MCR.

El principal objetivo de este proyecto es ayudar a los radiólogos en el reconocimiento e identificación de los riesgos inherentes a la utilización de MCR, consensuar con el servicio de Alergología los protocolos de actuación frente a un paciente potencialmente alérgico y definir la actuación frente a dichas reacciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de una plantilla en todos los ordenadores del servicio de Radiodiagnóstico para incorporar al informe radiológico de las pruebas realizadas con MCR el nombre del fármaco utilizado, la dosis, la concentración y comentarios tras la inyección del mismo. Posteriormente podría implantarse de forma oficial como apartado dentro del informe radiológico, todo ello a expensas de diseño por el Servicio de Informática.
Elaboración conjunta con el servicio de Alergología de un documento con información acerca de los mecanismos de las reacciones adversas inducidas por MCR, su detección, clasificación y tratamiento, así como acerca de las conductas apropiadas para la identificación preventiva de los grupos de riesgo.
Difusión entre los compañeros radiólogos para su aplicación en la práctica diaria.
Creación de un circuito de pacientes con alto potencial de reacciones adversas al MCR.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes que han presentado reacciones adversas y que han precisado tratamiento urgente o no.
- Porcentaje de pacientes que han requerido premedicación.
- Porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Alergología desde el servicio de Radiodiagnóstico
- Encuesta de satisfacción entre los médicos radiólogos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0981 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA ACTUACION ANTE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICOS

Octubre-Diciembre de 2016: revisiones bibliográficas y creación del documento.
Enero-Febrero de 2017: difusión del proyecto entre los radiólogos implicados en el uso de MCR en servicio de Radiodiagnóstico y de los médicos alergólogos correspondientes en el servicio de Alergología.
Marzo-Junio de 2017: puesta en marcha del proyecto y aplicación en el Servicio de Radiodiagnóstico.
Julio-Septiembre de 2017: estudio y evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RIVAS BALLARIN
· 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. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· RUIZ MANZANO PEDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El RD 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico y RD 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre Instalación y Utilización de Aparatos de Rayos X con Fines de Diagnóstico Médico establecen la necesidad de proporcionar formación continuada en protección radiológica al personal que maneja equipos de rayos X o desarrolla su trabajo en unidades donde está expuesto a ese tipo de radiación.
Por ello, se ha considerado la conveniencia de desarrollar cursos de formación en modalidad online, para que todo el personal implicado pueda participar en estos cursos, sin afectar al correcto funcionamiento de servicios o unidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualizar la formación en protección radiológica del personal de los servicios de radiodiagnóstico (facultativos y enfermería) y de otros servicios o unidades que se sirven de los rayos X para su actividad asistencial, como son; cardiología, traumatología, urología, neurocirugía, cirugía vascular, digestivo, anestesiología.
De esta forma se espera mejorar la percepción del riesgo por parte de los trabajadores para, de esa forma, aplicar correctamente las medidas de protección para ellos mismos y para los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se proponen dos cursos:
“Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos”, dirigido a facultativos de las especialidades mencionadas en el apartado anterior, así como a TSID y DUE que operan equipos de rayos X a demanda de esos facultativos.

“Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X”, va dirigido a DUE y TCAE que desarrollan su trabajo en unidades donde se utilizan equipos de rayos, pero no son responsables de su manejo.
El ámbito es: Sector III, Hospital Ernest Lluch, Hospital Obispo Polanco, Hospital San José de Teruel, Hospital Comarcal de Alcañiz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores a evaluar: Nº de cursos diseñados
Nº de cursos realizados
% del personal inscrito que ha superado los cursos
A partir de la plataforma Moodle, donde se desarrollan los cursos, se obtiene información sobre el número de personas inscritas y se puede hacer un seguimiento individualizado de sus actividades dentro de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Enero/16 Fecha final: Noviembre /16
Cronograma: Enero: Identificación de los posibles destinatarios, priorización y reparto de tareas entre los miembros del equipo./ Febrero: Elaboración de objetivos y contenidos de los cursos/ Marzo: Solicitar reconocimiento créditos de formación continuada/ Septiembre lanzar los cursos en la Plataforma Moodle/Noviembre: Evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Exploraciones con rayos X
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0132 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

2. RESPONSABLE ..... PABLO ORTEGA PARDINA
· 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. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· GARCIA ROMERO ALEJANDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· CASTEJON ANDRES CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· AGUIRRE COLLADO AURORA. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· RUIZ MANZANO PEDRO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El reglamento de protección Sanitaria contra las radiaciones ionizantes, exige que para los trabajadores expuestos, se determine la dosis con periodicidad mensual. El Consejo de Seguridad Nuclear decidió el año 2008 asignar dosis administrativas a aquellas personas de las que se pierda información dosimétrica, ya sea por no realizar correctamente el cambio de dosímetro, o bien por pérdida del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Obtención cuantitativa y cualitativa y en tiempo real de los indicadores que se describen en el apartado 7.
Elaboración de los escritos personales destinados a los trabajadores controlados dosimétricamente que no proceden al cambio de dosímetro. Este escrito lo firma el Gerente del Hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollo mediante hoja excel y programación en Visual Basic de rutinas y macros para la gestión de las pérdidas y no cambios mensuales de los dosímetros personales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de dosis administrativas.
% de no cambios

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Enero 2016 Fecha final: -----
Cronograma:
-Análisis de la aplicación, desarrollo de la misma Enero/Febrero 2016
-Curva de aprendizaje y mejora de la aplicación de Marzo de 2016 a octubre de 2016
-Explotación de resultados: a partir de octubre de 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

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.
· MILLAN CEBRIAN ESTHER. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· HERNANDEZ VITORIA ARACELI. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· LOPEZ MATA MIRIAM. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· SERRANO ZABALETA SONIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se detectó una falta de registro de las averías e incidencias que se producen en los aceleradores de radioterapia externa en el servicio de radioterapia del HCUZ. Si bien todas las averías se registran de acuerdo a los procedimientos establecidos, no existe un método rápido para evaluar el coste de las mismas en huecos de tratamiento. Además, muchas incidencias son solucionadas por personal del Servicio de Física y este tipo de acciones no estaban contabilizadas ni registradas. En definitiva, se trata de buscar la manera de poder resumir semestralmente todas las incidencias y averías, su coste, el personal implicado y los plazos de resolución.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Al obtener un registro detallado en un solo documento de incidencias y averías, tiempos de respuesta, personal implicado y consecuencias, se puede analizar rápìdamente las tendencias de cada unidad y su evolución semestral. Resultados detallados son:

1. Tiempo medio de solución de averías en las que interviene el servicio técnico
2. Tiempo medio de solución de incidencias en las que interviene el servicio de física
3. Frecuencia y número de averías e incidencias por unidad de tratamiento
4. Huecos de tratmiento perdidos en cada unidad y porcentaje con respecto al número total de huecos
5. Posibilidad de elaborar un informe detallado para el Servicio de oncología radioterápica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registran todas las incidencias en las unidades de tratamiento de radioterapia externa en las que interviene el Servicio de Física. Se consignará el tipo de incidencia, si la soluciona el servicio de física o se requiere intervención del servicio técnico y si supone una parada, evaluándose el coste en huecos de tratamiento de pacientes de la misma y los tiempos medios de intervención. Se procederá a la elaboración de informes que serán enviados al servicio de Radioterapia, trasmitiéndose también la información al servicio técnico. Se computará el coste en recursos que suponen las averías e incidencias para el servicio de Física y se tratará de establecer un registro que ayude al mantenimiento preventivo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de informes hasta Junio de 2016: Deberán ser dos informes, correspondientes a Diciembre de 2016 y a Junio de 2016.

Número de averías con parte a Servicio técnico anotadas en la hoja: Al menos un 95% de las averías con parte en las carpetas existentes a tal efecto en las unidades de tratamiento deberán estar consignadas en la nueva hoja de cálculo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se pone en marcha en Junio de 2016, llegando hasta Junio de 2017 para la recopilación de la información generada en un año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANO BLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... ANA JESUS REGLA RAUFAST
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESTERUELAS CUARTERO PAULA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· IBAÑEZ VICENTE ANGELA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GARIJO CAMARA ROSARIO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SANCHEZ PEREZ ESTER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· HERRERA SERRANO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Año 2005
Se realizó un estudio de investigación entre cuidadores principales de los pacientes ingresados con patología crónica y dependientes en 8 unidades de H.C.U.
Se comprueba que al alta la mayoría van a domicilio.

Objetivos:
- Mostrar consejos útiles para hacer frente a los problemas del día a día.
- Cuidar y cuidarse.

Año 2009
- Impartición del primer taller.
- Dejan de impartirse los talleres en 2011.

Año 2014
- Se reinicia la impartición de los talleres con nuevo equipo de trabajo.

Año 2016
-Transcurridos estos años se detecta la necesidad de actualizar y ampliar el material audiovisual con el que se estaba trabajando hasta el momento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la calidad de la información y del material audiovisual con el que se está trabajando hasta este momento.
- Difusión del material audiovisual a través de la intranet y página web del hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Ampliar y modificar la presentación del power point.
Responsables: Rosario Garijo y Ester Sanchez.
- Ampliar y modificar los videos de movilización.
Responsables: Ana Jesús Regla, Ana Victoria Sanz, Ana Isabel Herrero y Paula Esteruelas.
- Añadir ítems en la encuesta de valoración sobre el grado de satisfacción del material audiovisual.
Responsables: Ana Jesús Regla y Ana Victoria Sanz.
- Inclusión del material audiovisual en la intranet y página web del hospital.
Responsable: Ángela Ibañez.
- Mejorar la información ofrecida en la intranet y página web del hospital.
- Dinamizar la realización de los talleres intercalando el contenido impartido por enfermera y fisioterapeuta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de asistentes que rellenan los ítems de la encuesta referentes al soporte audiovisual /número de asistentes.
- Número de asistentes que contestan afirmativamente a los ítems de la encuesta referentes al soporte audiovisual / número de asistentes que rellenan la encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Octubre 2016.
Fecha de finalización: Junio 2017.

4º Trimestre 2016
- Modificación del power point.
- Modificación de los videos de movilización.

1º Trimestre 2017
- Reunión y puesta en común para valorar el material audiovisual.

Proyecto: 2016_0196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANO BLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

- Contacto con el departamento de comunicación del hospital para renovar el nuevo material en la página web y en la intranet.
- Introducir los nuevos ítems en la encuesta.

2º Trimestre 2017
- Puesta en marcha definitiva.
- Evaluar y analizar resultados obtenidos hasta el momento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PEMAN FRAGO ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· CARNEIRO LAZARO RAQUEL. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
-Mejorar la accesibilidad al tratamiento Rehabilitador de Suelo Pélvico, mediante la creación de una consulta específica de Suelo Pélvico.

Definición y epidemiología.
La disfunción del suelo pélvico (SP) constituye una gran diversidad de trastornos clínicos entre los que se incluyen la incontinencia urinaria (IU) y fecal (IF), los prolapsos vesicales, uterino o rectal y dolor de suelo pélvico.
La Internacional Continence Society (ICS) define la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y provoca una disminución de la calidad de vida del paciente. Los estudios epidemiológicos indican que se trata de una patología de alta prevalencia, oscilando entre un 5 a un 69% en las mujeres y entre un 1% al 39% en varones.
El objetivo principal del tratamiento Rehabilitador de Suelo Pélvico es aumentar la calidad de vida de los pacientes mediante la mejoría progresiva de la sintomatología referida por cada paciente. A nivel nacional, se está tratando dicha patología en unidades especializadas de Rehabilitación de Suelo Pélvico.
Demanda por parte de otras especialidades.
- Ginecología y obstetricia: Solicitud por parte de Ginecología de necesidad de tratamiento y valoración de pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) en Junio 2015. A partir de lo cual se inician contactos con otras especialidades (Cirugía, Urología, Unidad del Dolor) quienes a su vez demandan tratamiento rehabilitador.
- Cirugía: solicitan tratamiento rehabilitador de pacientes con IF y/o IU. Tienen 160 pacientes en lista de espera para remitir a tratamiento Rehabilitador.
- Unidad del Dolor: necesidad de tratamiento Rehabilitador de pacientes con dolor miofascial de la musculatura de SP y/o dolor Neuropático por lesión de n. Pudendo.-
- Urología: necesidad de tratamiento Rehabilitador de IU Urgencia y pacientes con IU tras intervención quirúrgica de prostatectomía.
Evidencia científica de Rehabilitación.
- Los ejercicios del suelo pélvico son la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta (Recomendación Grado A).
- Los ejercicios del suelo pélvico asociados con biofeedback es la terapia que se asocia con una mayor mejoría subjetiva (Evidencia Ia).
- La electroestimulación es efectiva en la incontinencia urinaria de urgencia (Evidencia Ib).
- Los conos vaginales son útiles sin embargo, su mala aceptación en la clínica limita su uso (Evidencia Ia).
- La utilización de programas de ejercicios trabajando las sinergias de coactivación y la gimnasia abdomino hipopresiva aunque se utilizan, su recomendación es de Grado C.
- En relación al tratamiento conductual aunque se considera que es fundamental, sobre todo en la incontinencia de urgencia, tiene un grado de recomendación B3.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Un descenso en el número de intervenciones quirúrgicas en aquellas pacientes con incontinencia urinaria y/o cistoceles.
- Al disminuir el número de intervenciones quirúrgicas, descenso de la lista de espera quirúrgica de estas pacientes y disminución del gasto sanitario derivado de tal intervención.
- Mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Concesión de un día a la semana de consulta de Suelo pélvico
- Concesión de horario específico de tratamiento de Suelo Pélvico (1h y media/día)
- Compra de material necesario para el desarrollo de la misma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Apertura de horario específico de consulta de Suelo Pélvico 1 día/semana.
- Apertura de horario específico de tratamiento de Suelo Pélvico 1h y media/día.
- Desarrollo de información escrita al paciente

Proyecto: 2016_0222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Ante la necesidad de valorar y tratar este tipo de pacientes, en este momento están siendo ya valorados por un medico Rehabilitador y han empezado a ser tratados por un fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico.Proponemos para la puesta en marcha de la consulta de Suelo Pélvico de Rehabilitación;
- Médicos:
- Inicialmente 1 consulta semanal para posteriormente pasar a 2 días a la semana en función de la demanda de pacientes.
3 primeros días y 5 revisiones; (siendo uno de los huecos de 1er día como “preferente” para pacientes remitidas por dolor pélvico.

9’00-9’45 Primer día
9’45-10’30 Primer día
10’30-11’15 Primer día
11’15-11-45 Revisión
11’45-12’15 Revisión
12’15-12’45 Revisión
12’45-13’15 Revisión
13’15-13’45 Revisión
- Fisioterapia:

- 2 fisioterapeutas:
o Se recomiendan sesiones de media hora de tratamiento en las que se incluye ejercicios específicos de suelo pélvico y biofeedback en los casos que se precise. Los pacientes que precisen electroestimulación, se realizará fuera de la media hora de tratramiento específico (ejercicios+/- BF).
o La frecuencia de las sesiones variará en función de la patología de cada paciente pudiendo prescribirse:
• Diario
• Lunes-miercoles-viernes
• Marte-Jueves
o El horario de las sesiones será gestionado por la Supervisora del Servicio de Rehabilitación.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Acceso a una consulta específica de Suelo Pélvico

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología de Suelo Pélvico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O FACTORES DE RIESGO NEUROLOGICO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MARIA PUEYO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN GASPAR ELENA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· LOPEZ ALEGRE YOLANDA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CENTRO BASE IASS. ATENCION TEMPRANA
· GIMENO ERRUZ MARIA ANGELES. PSICOLOGO/A. CENTRO BASE IASS. ATENCION TEMPRANA
· SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO. MEDICO/A. CENTRO BASE IASS. ATENCION TEMPRANA
· VALLE GUILLEN SOFIA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MUÑOZ JALLE ELENA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· VENTURA FACI MARIA PURIFICACION. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
- No hay una linea de trabajo multidisciplinar entre Pediatria, Rehabilitación y Atención temprana en la valoración, seguimiento y tratamiento de los niños con retraso psicomotor o riesgo de padecerlo, en cuanto a que:
-Existe una desinformación si un niño ha sido valorado por Atención temprana, aunque sea remitido allí desde pediatría, o si continúa en seguimiento, y/o si se ha pautado tratamiento
- Se llegan a duplicar tratamientos de fisioterapia entre Atención temprana y Rehabilitación.
- Pacientes que por dispersión geográfica no tienen acceso fácil a una RHB y puede hacerse a través de Atención temprana.
- Familiares que demandan información o solicitudes a pediatría, que deben ser gestionadas por trabajadora social de Atención temprana.

Demanda por parte de otras especialidades.
- Rehabilitación: Necesidad de coordinar, no duplicar y complementar tratamientos con atención temprana.
- Pediatría. Aumento creciente de los casos de prematuridad. Necesidad de valoración funcional y discapacidad.
- Atención temprana. Aumento de la demanda de valoración y tratamientos.
- Mejorar la atención al paciente pediátrico entre los Servicios de pediatría, rehabilitación del hospital clínico y Atención temprana de Aragón.
- Dar respuesta lo más pronto posible y con la mayor eficacia a las necesidades, médicas, funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar los niños con alteraciones en su desarrollo o los niños que tengan el riesgo de padecerlas.

El retraso psicomotor supone hasta un 10-15% de las consultas neuropediátricas. Muchos de los casos obedece a encefalopatías prenatales, otros se trata de retrasos psicomotores madurativos o casos de desarrollo psicomotor en el límite de la normalidad, las enfermedades de la unidad neuromuscular son más raras. Y en muchos de los casos no se encuentra un diagnóstico etiológico establecido.
Entre los diagnósticos funcionales, de los niños que consultan por retraso psicomotor, alrededor de un 45% tendrá retardo mental, un 15% trastorno del espectro autista y un 17% parálisis cerebral infantil.

El diagnóstico se orienta, y con frecuencia se establece de forma exclusiva, mediante la historia clínica y exploración. Con frecuencia solo la evolución y seguimiento de los pacientes permite precisar el diagnóstico.

- El objetivo principal de este grupo es detectar a los recien nacidos o niños de temprana edad con lesiones establecidas que justifiquen un retraso psicomotor o identificar factores de riesgo pre y perinatal que puedan originar este retraso psicomotor para acelerar la intervención médica y la instauración precoz de medidas terapéuticas para ayudar a prevenir y tratar las posibles carencias.
- Mejorar la atención al paciente pediátrico entre los Servicios de pediatría, rehabilitación del hospital clínico y Atención temprana de Aragón.
- Dar respuesta lo más pronto posible y con la mayor eficacia a las necesidades, médicas, funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar los niños con alteraciones en su desarrollo o los niños que tengan el riesgo de padecerlas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Una correcta atención multidisplinar de los niños de factores de riesgo neurológico o alteraciones del desarrollo psicomotor
- Una pronta derivación de los pacientes, entre los distintos Servicios y centros
- Valoración e inicio de tratamiento más precoz.
- Evitar duplicidad de tratamientos y consultas simultaneas y repetidas hospitalarias y en Atención temprana y con ello disminuir el gasto sanitario.
- Mejoría de la información, atención y dar respuesta a las demandas también de los familiares.
- Atención más eficaz y efectiva

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Proyecto: 2016_0706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O FACTORES DE RIESGO NEUROLOGICO

Realización de 4- 5 reuniones anuales entre Pediatría, Atención temprana y Rehabilitación, con carácter bimensual (que ya se han iniciado durante el año 2016), para abordar de manera multidisciplinar los casos de niños con alteraciones en el desarrollo psicomotor o con riesgo neurológico, y asi cubrir sus necesidades tanto médicas, como funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar el paciente y familiares.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de reuniones realizadas año.
- Numero de pacientes valorados en cada reunión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuar con la realización de 4- 5 reuniones anuales, con carácter bimensual, que ya se han iniciado durante el año 2016.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteraciones del retraso psicomotor establecidad o pacientes con riesgo neurológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VILLARREAL SALCEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESPADA ZARAGOZA ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GONZALEZ-KING GARIBOTTI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· ACOSTA RUEDA JERONIMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PARRA SOTO CARLOS EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· AZUARA LAGUIA JOSE LUIS. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· MEDRANO CID MAYRA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Se detectó el problema en reunión de Comisión de Enfermedad Tromboembólica llevada a cabo en fecha 31 de Mayo 2016, al comentar la Dra. Lou la posibilidad, al integrar en la Comisión a un médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física, de aconsejar sobre ejercicios y medidas no farmacológicas para prevenir la enfermedad trombótica. Consideramos prioritaria la Educación para la Salud, la prevención primaria mediante ejercicios sencillos y específicos a realizar diariamente por el paciente durante su periodo de hospitalización.
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la tromboembolia pulmonar (TEP), que es habitualmente una complicación de la TVP. La ETEV se considera actualmente la tercera causa de muerte cardiovascular por detrás del ictus y de la cardiopatía isquémica.
La incidencia de la ETEV en España es de 154/100.000 habitantes. Siendo la media de edad 65 años, más frecuente en varones, y la incidencia aumenta con la edad.
La ETEV tiene una elevada tasa de mortalidad asociada, entre otros factores, debido a la dificultad del diagnóstico. Es probable que su incidencia esté subestimada.
En cuanto a la mortalidad, en el TEP es de 11,6% frente al 2,3% de la TVP. La mayoría de los pacientes que desarrollan ETEV tienen algún factor de riesgo, pero la concurrencia de varios de ellos incrementa el riesgo.
Es por tanto una enfermedad relativamente frecuente con importante morbimortalidad por lo que es fundamental su prevención primaria.
Se han identificado numerosos factores de riesgo predisponentes y hay evidencia de que el riesgo de presentarla se incrementa proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes. Además existen factores adquiridos, tales como: cirugía, inmovilización, traumatismo, obesidad, tabaco, envejecimiento, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca avanzada, terapia estrogénica, embarazo, cáncer, quimioterapia, accidente cerebrovascular, lesión medular, viajes aéreos prolongados…
Como prevención primaria, existen unas recomendaciones para prevenir posibles episodios tromboembólicos, como son: caminar, ya que la movilización evita la formación de trombos. Los expertos recomiendan no cruzar las piernas cuando se está sentado, si es posible sentarse con las piernas un poco elevadas y, sobre todo, que cuando se esté de pie se utilicen medias de compresión fuerte. En caso de tener que permanecer sentados o encamados durante mucho tiempo se pueden realizar ejercicios, incluso permaneciendo sentados (levantar los talones, movilizar tobillos y rodillas, etc.). Dormir con las piernas en posición ligeramente elevadas, realizar baños de agua fría (10 min) en cada pierna o practicar ejercicios son algunas recomendaciones que pueden ayudar a evitar complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Educar al paciente hospitalizado y familiares en los autocuidados y ejercicios a realizar para prevenir eventos trombóticos. Empoderamiento.
2.- Disminución del riesgo de presentar complicaciones vasculares en los pacientes con encamamiento prolongado durante su periodo de hospitalización mediante medidas no farmacológicas.
3.- Realización de Tríptico informativo de manera conjunta con Servicio de Apoyo Comunicación Sector 3, para entregar a los pacientes de riesgo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Informar a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica (CETE) HCU en próxima reunión (18-10-2016), en caso de ser aceptado este proyecto de mejora de calidad, para contar con su apoyo y aprobación (Isabel Villarreal y Ana Cristina Lou). Ambas miembros CETE.
- Diseñar Tríptico Informativo, ilustrarlo y maquetarlo (Isabel Villarreal, Jerónimo Acosta y Ángela Ibáñez)
- Una vez realizado el tríptico divulgar su existencia y aconsejar su utilización mediante sesión hospitalaria y reuniones pertinentes con servicios médico quirúrgicos (Isabel Villarreal, Rosa Espada, Carola Gonzalez y Carlos Parra)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Desarrollo de tríptico y maquetación del mismo antes de Junio 2017
2.- Divulgación, comienzo de utilización de tríptico definitivo, entrega del mismo en el segundo semestre 2017
3.- Encuesta de satisfacción a una muestra de pacientes que han recibido el tríptico, sobre su idoneidad y claridad de contenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_0735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

1º.- 18-10-16 Información a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica de este Proyecto de Mejora de Calidad
2º.- Inicio de realización del tríptico y maquetación. Enero- Febrero - Marzo 2017
3º.- Comienzo de utilización en periodo de prueba y modificaciones del mismo si proceden. Abril-Mayo, Junio 2017
4º.- Divulgación Septiembre - Octubre 2017
5º.- Encuesta de satisfacción. Noviembre - Diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0903 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCION DE MEJORA EN ESCOLIOSIS Y CIFOSIS INFANTIL MEDIANTE LA COORDINACION INTERDISCIPLINAR DE LOS SERVICIOS DE TRAUMATOLOGIA Y REHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· NAVARRO GONZALEZ ELOISA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La columna vertebral infantil es una estructura en crecimiento, compleja, con una función de soporte estático y dinámico, que permite diferentes grados de flexibilidad, mientras proporciona protección a los elementos neurales y sirve de punto de anclaje a músculos y órganos internos. Diversos trastornos pueden alterar este patrón de crecimiento normal y originar una deformidad vertebral, que en un número considerable de casos son graves y progesivos.
Las deformidades de la columna vertebral comprenden dos grandes grupos: escoliosis y cifosis. Ambos responden a múltiples causas y pueden presentarse en cualquier etapa de la vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Asegurar un estándar de calidad y control de calidad
- Mejorar la eficiencia (ahorrar tiempo y racionalizar la distribución de recursos) Reducir los costes con una reducción de visitas y tratamientos ambulatorios
- Mejorar la satisfacción del usuario
- Facilitar la investigación y la docencia,
- Mejorar la coordinación multidisciplinar dentro de cada servicio e interservicios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los Médicos de Traumatología y de Rehabilitación valoran a los pacientes con deformidades vertebrales, en ocasiones existen discrepancias a la hora del tipo de tratamiento más adecuado para el paciente. Nuestra propuesta es organizar reuniones mensuales sobre estos pacientes para proporcionarles el mejor tratamiento y disminuir la variabilidad en la práctica clínica y asi llegar a un consenso de tratamiento, sobre todo en aquellos casos más dudosos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicador de estructura ocupacional:
incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal
por categoría

-Indicador de proceso: se medirán variables relacionadas con el
acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización
de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan
aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que
los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comenzar en octubre de 2016 realizando reuniones mensuales

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Deformidades vertebrales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0525 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS ROYO PUERTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· RONCAL SOLA SUSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· VELILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La presión intraabdominal (PIA) es una constante, en ocasiones infravalorada, que se puede monitorizar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de forma programada y sencilla, indicando la presión a la que está sometida la cavidad abdominal y facilitando la toma de decisiones terapéuticas ante situaciones difíciles.

Numerosos estudios afirman que con la monitorización de esta constante conseguiríamos una mejoría en la supervivencia de los pacientes críticos, sobre todo en aquellos con sepsis de origen abdominal. Al controlar los valores de la PIA podemos detectar valores que se desvían de la normalidad evitando la hipertensión intraabdominal y el Síndrome Compartimental Abdominal que puede provocar además de hipoperfusión a todos los órganos de la cavidad abdominal, fallo multiorgánico, asociándose con un aumento de la morbimortalidad del paciente.

La medición de la PIA se realiza en nuestra UCI mediante el método indirecto transvesical. En la actualidad, no existe ningún procedimiento ni documento donde el personal de enfermería pueda apoyarse a la hora de su medición, aumentando la variabilidad de la práctica y sesgando los resultados.

Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de cuidados proporcionados, fortalece la cultura de seguridad y disminuye las posibles complicaciones relacionadas con la técnica. Además, hay que tener en cuenta que la formación sobre diversos procedimientos en nuestra unidad de cuidados intensivos es una necesidad manifestada por sus profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar y reducir la variabilidad de actuación entre los diferentes profesionales en la medición de la PIA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto.

? Revisión bibliográfica individual y puesta en común en las reuniones del equipo de mejora.
? Elaboración del procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"" basado en la evidencia científica. ?Implantación del procedimiento en la unidad.
?Difundir el procedimiento entre los profesionales pertenecientes a la unidad, profesionales de nueva incorporación o eventuales mediante:
-Sesiones formativas a los profesionales de enfermería de la unidad.
-Inclusión en los documentos de enfermería de la unidad; carpetas tradicionales en papel y carpetas en los soportes informáticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
?Procedimiento realizado y enviado a la comisión de calidad para su aprobación.
?Número de sesiones formativas impartidas al personal de enfermería de la UCI.
?Porcentaje de profesionales formados: Nº enfermeros formados = Nº enfermeros formados/total de enfermeros X 100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
OCTUBRE-DICIEMBRE 2016
Revisión bibliográfica.
Reuniones mensuales del equipo de mejora.

ENERO-MARZO 2017
Elaboración del procedimiento.
Reuniones mensuales del equipo de mejora.

ABRIL-MAYO 2017
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.
Sesiones formativas a los enfermeros de la UCI.
Inclusión del documento en las carpetas de trabajo de la unidad.

Proyecto: 2016_0525 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

JUNIO 2017
Evaluación del proyecto de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0587 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... PILAR LUQUE GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMS CLARAMUNT MARIAN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PEREZ MARTINEZ EDUARDO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· ZALBA ETAYO BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· RONCAL SOLA SUSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PARCES ARILLA PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· DIAZ MELE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· HERNANDEZ ARENAZA ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El desarrollo de la Medicina Intensiva en los últimos 30 años ha sido espectacular permitiendo unas cifras de supervivencia de los pacientes críticamente enfermos mayor del 80% en España. La UCI es un entorno altamente tecnológico donde se garantiza la mejor asistencia para el paciente crítico, pero esta tecnificación nos hace olvidar en ocasiones que tras las enfermedades hay personas que las sufren y familias que viven el paso por la UCI como una de las experiencias mas traumáticas de su vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creemos importante desarrollar un plan estratégico que tiene como objetivo humanizar los cuidados intensivos. Ante la imposibilidad de realizar cambios estructurales en la arquitectura y diseño de la UCI actual, se realizarán cambios en el comportamiento/actitud de los profesionales y cambios organizativos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hemos priorizado los siguientes objetivos

1.- CREACIÓN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES (enfermería, técnicos cuidados enfermería y médicos)
2.- FLEXIBILIZACIÓN PROGRESIVA DEL HORARIO DE VISITAS, adaptándolos al paciente y a su situación clínica. Incrementar el horario en el que permanecen los familiares en la UCI visitando a los pacientes, especialmente en el caso de que se estén conscientes. Adaptar el horario de visitas a las necesidades especiales que puedan tener las familias.
3.- FACILITAR UNA INFORMACIÓN ADECUADA PARA PACIENTES Y FAMILIARES
- Utilización de material gráfico e imágenes que ayuden a comprender tanto la enfermedad como las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias
- Creación de carteles explicativos para colocar en la sala de espera de familiares
- Realización de cursos sobre la comunicación de malas noticias
- Mejorar la comunicación con el paciente intubado: uso de dispositivos de comunicación no verbal/alternativa
4.- MEJORAR Y PROMOVER EL BIENESTAR DEL PACIENTE:
- Elaboración de un protocolo sedación y analgesia
- Valoración sistemática de sensaciones de disconfort del paciente (dolor, sed, frío…)
- Prevención del delirio: colocación de relojes en los boxes, disminuir ruido y luz ambiental. Promover el uso de gafas, audífonos, etc que previamente lleve el paciente
- Favorecer el confort psicológico y espiritual: Permitir objetos personales (teléfono móvil, ordenador, televisión, útiles aseo personal…). Favorecimiento de la asistencia espiritual o religiosa que el paciente o sus familiares demanden
- Evitar el uso de contenciones mecánicas inadecuadas. Elaborar un protocolo de utilización de contención mecánica
4.- INTEGRAR A LAS FAMILIAS en el proceso de atención al paciente. Favorecer su participación en las labores de higiene y administración de comidas. Favorecer la presencia de los familiares durante las sesiones de fisioterapia.
5.- MANEJO DE SITUACIONES TERMINALES: HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA
Limitación soporte vital. Cuidados paliativos . Cuidados al final de la vida.
Conocer las preferencias del paciente. Conocer sus creencias religiosas
Resolver los conflictos potenciales. Procurar privacidad en el momento de la muerte para que sea posible que familia exprese su dolor
6.- ESTABLECER UN BUZÓN DE SUGERENCIAS para que pacientes y familiares, si lo desean, en el momento del alta del paciente cuenten su experiencia y nos sugieran cambios a realizar.
7.- DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS SOCIALES y puesta en contacto con los Trabajadores Sociales del Hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Protocolo de Sedación y Analgesia
- Protocolo de Uso de Contención Mecánica
- Porcentaje de encuestas entregadas al alta/Número de altas
- Cursos de formación al personal (al menos dos)
- Ampliación horario visitas : al menos 20% de tiempo superior al actual

Proyecto: 2016_0587 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- CREACIÓN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES: Médicos, enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería. Oct-Dic 2016
- PUESTA EN MARCHA DE LAS MEDIDAS: 2017
- VALORACIÓN RESULTADOS: Oct 1017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes críticamente enfermos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANCHEZ DONOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ BARTOLOME BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· SANCHO VAL ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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 que la condición clínica se deteriore.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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

Proyecto: 2016_0769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes críticos postquirúrgicos y politraumatizados
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1754 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DAÑO CERO

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.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Varios estudios han demostrado que alrededor del 60% de los problemas relacionados con la seguridad del paciente son evitables. Siendo los más frecuentes los problemas relacionados con los medicamentos y con las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, por ello es nuestro propósito trabajar tanto en la seguridad de los medicamentos como de las infecciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir al máximo el daño evitable provocado por la asistencia sanitaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Uso Seguro del Medicamento:
• Asesoramiento del servicio de Farmacia a las Unidades clínicas
• Asesoramiento sobre el uso correcto de los Ab por parte de lo integrantes del PROA a todos los servicios
Control de la IRAS:
• Participación en los Programas Neumonía Zero, Bacteriemia Zero e Infección Quirúrgica Zero.
Respuesta a las reclamaciones:
• Asesoramiento al SIAP por parte de la CMSP
• Respuesta rápida a los reclamantes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Uso Seguro del medicamento- Prescripción electrónica de antibióticos
Descripción: Nº de unidades que prescriben antibióticos en formato electrónico/Nº total de unidades que disponen de prescripción electrónica x 100
Fuente de datos: Servicio de Farmacia
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

2. Uso Seguro del medicamento- Registro de caducidades
Descripción: Nº de unidades con control de caducidades en el botiquín/Nº total de unidades x 100
Fuente de datos: Servicio de Farmacia
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

3. Cuidados seguros- úlcera de decúbito
Descripción: Nº de unidades que registran la aparición de úlceras/Nº total de unidades que disponen de prescripción electrónica x 100
Fuente de datos: Información de los propios servicios-Dirección de enfermería
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

4. Seguridad en el bloque quirúrgico-Check list quirúrgico
Descripción: Nº de unidades quirúrgicas que cumplimentan el check list >90% de IQ programadas/Nº total de unidades quirúrgicas x 100
Fuente de datos: Unidad de Calidad
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

5. Uso Seguro del medicamento- PROA
Descripción: Nº de unidades adheridas al programa PROA/Nº total de unidades clínicas x 100
Fuente de datos: Grupo PROA. Informe anual
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

6. Control IRAS- NAVM
Descripción: NAVM/ Nº días de vía aérea artificial x 1000
Fuente de datos: Registro ENVIN UCI
Valor a alcanzar: 9 %
Límite inferior: 8 %. Límite superior: 12 %

7. Control IRAS- Bacteriemia relacionada con catéter (BRC)
Descripción: BRC/ Nº días de catéter x 1000
Fuente de datos: Registro ENVIN UCI

Proyecto: 2016_1754 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DAÑO CERO

Valor a alcanzar: 4%
Límite inferior: 4%. Límite superior: 2%

8. Respuesta a las quejas y reclamaciones de los pacientes
Descripción: Nº de quejas respondidas por el responsable del servicio al que se dirige la queja o reclamación/ nº total de quejas x 100
Fuente de datos: Informe del SIAP
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las actividades comenzaron en el primer trimestre de 2017, y se mantendrán, al menos, hasta final de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Abordaje transversal de todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2016_0127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... TASIO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· EZQUERRA RODRIGO ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GARCIA ECHEVARRIA FERNANDO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Urgencias se caracteriza por su gran dinamismo y complejidad debido a que en él se lleva cabo la atención de múltiples patologías con distinto nivel de gravedad en distintas áreas (Traumatología, Cirugía, Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría, Atención médica, Atención ambulatoria y Vitales).

La plantilla de enfermería (TCAEs y DUEs) es amplia y constantemente llegan a este servicio, por múltiples causas, bajas, asuntos familiares, libranzas, vacaciones… personal de nueva incorporación que desconoce el funcionamiento de dicho servicio.

Actualmente a todo el personal que se incorpora, además de una explicación verbal por nuestra parte, se le facilita una guía de la organización del servicio en formato POWER junto con unas nociones básicas de cómo trabajar con PCH. Más adelante, en cuanto se puede, se les imparte un taller de dicha herramienta informática. A esto hay que añadir que cuando llevan unos meses en el servicio se les forma en TRIAJE y comienzan a clasificar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar, mejorar y agilizar la incorporación al Servicio de Urgencias de DUEs y TCAEs de nueva incorporación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Con la intención de mejorar y facilitar la incorporación de los profesionales mencionados a nuestro servicio, hemos pensado en la posibilidad de hacer uso de las nuevas tecnologías y filmar vídeos cortos explicativos del funcionamiento del servicio en general y luego por áreas.
Estos vídeos y sus contenidos serán grabados y editados por Tasio Peña (además de auxiliar de enfermería, técnico en imagen y sonido) y después supervisados por los responsables de calidad del servicio.
Dicho material audiovisual solamente podrá ser utilizado de forma privada dentro del servicio, no siendo de uso público.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción a los profesionales de nueva incorporación en el servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: octubre de 2016
Fecha de finalización: mayo de 2017
Se prevén realizar entre dos y tres vídeos al mes dependiendo del contenido.
Los vídeos se agruparán en tres grandes apartados:
1.- Video funcionamiento general
2.- Videos específicos de las distintas áreas
2.a) Clasificación/triaje
2.b) Vitales. Carros de paradas
2.c) Cirugía
2.d) Traumatología
2.e) Atención Medica
2.f) Pediatría
2.g) ORL
3.h) Oftalmología

3.- Videos aparatos
3.a) Desfibrilador
3.b) Respirador
3.c) Monitor
3.d)Torre de constantes
3.e) Bipap
3.f) Central de monitorización
3.g) Bisturí eléctrico
3.h) Bombas de perfusión

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ CASADO MERCEDES. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MORENO JUSTE AIDA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· ESPAÑA ARITA MILGIAM GEORGINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· NAVARRO CALZADA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) afecta cada año a 100 de cada 100.000 personas aproximadamente. Su prevalencia es menor en jóvenes (menos de 5 casos por cada 100.000 personas/año en menores de 15 años) pero se duplica según se va incrementando en 10 años la edad hasta llegar a un intervalo situado entre 450 y los 600 casos por 100.000 en personas con más de 80 años. Puede afectar a individuos sanos aunque lo más frecuente es que sea una complicación de otra enfermedad, especialmente cuando se trata de pacientes hospitalizados; de hecho, la prevalencia de TEP en ingresados se ha estimado sobre un1% y la incidencia de TVP sin profilaxis entre un 10% y un 26 %.
En cuanto a los Servicios de Urgencia hospitalarios, la incidencia de ETEV se estima en 30 casos por 100.000 habitantes/año, siendo el 35% pacientes con TEP.
Según diferentes estudios, la mortalidad asociada a TVP oscila entre un 5 y un 10,5 %, la asociada a TEP entre un 14,7 y un 23%, y la de la ETEV se ha estimado en un 11,6%. La mortalidad hospitalaria global es de un 6,5-10 %. En cuanto a la causa de la mortalidad intrahospitalaria hay estudios que indican que la ETEV es una causa de muerte muy frecuente (5,5%-26%) y varía según el tipo de estudio y periodo de seguimiento realizado y dependiendo de que el paciente haya recibido o no tratamiento profiláctico. Cabe destacar que de los fallecidos por TEP, un 83% presentaban TVP en piernas y tan sólo el 19% de éstos habían presentado síntomas clínicos. Por tanto es muy importante la profilaxis primaria .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Conocer cómo se realiza la atención en nuestra Unidad de Urgencias a los pacientes diagnosticados como primera opción de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), estableciendo cuál es su presión de demanda, qué maniobras diagnósticas y terapéuticas utilizamos, y cuál es el destino final de los mismos.
2. Identificar los factores de riesgo asociados que predisponen al desarrollo de la enfermedad tromboembólica venosa en estos enfermos y cuál es su peso desde el punto de vista epidemiológico.
3. Establecer posibles diferencias en el manejo del proceso asistencial y en la prevalencia de los diferentes factores de riesgo entre los dos componentes de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV): trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP).
4. Proponer medidas de mejora para reforzar la profilaxis primaria e intentar reducir la morbimortalidad.
5. Autoevaluación continua.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La población objeto de estudio son los pacientes diagnosticados como primera posibilidad de ETEV en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” durante los años 2015 a 2017.
Se realizará un estudio retrospectivo recogiendo, además de los datos del proceso asistencial en nuestra Unidad de Urgencias (edad, sexo, nivel de prioridad en el triaje, área de atención, tipo de alta y servicio de destino del paciente), la presencia de factores de riesgo predisponentes: embarazo/puerperio (6 meses postparto), obesidad (IMC>30), ?encamamiento >4días,?anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva, catéter venoso central, ACVA/IAM, infección aguda grave o sepsis, ?insuficiencia cardíaca clases III y IV, ?trauma o fractura en miembro inferior, diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal activa, síndrome nefrótico, EPOC grave,?neoplasia activa, quimioterapia recibida en los 30 días previos, trombofilia o síndrome antifosfolípido, ETEV o cirugía reciente previa; y la profilaxis adecuada con anticoagulantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Informe de los datos asistenciales del proceso de la ETEV en nuestra Unidad
2. Informe de los factores de riesgo asociados detectados en el estudio
3. Propuesta de acciones de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se establece una duración inicial del proyecto de 1 año.
Presentación de resultados con propuestas de líneas de mejora a finales de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención/Detección precoz

Proyecto: 2016_0158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE EXPANSORES DE PLASMA EN PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA PARACENTESIS EVACUADORA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... IRENEO DE LOS MARTIRES ALMINGOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LASTRA DEL PRADO RODRIGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· TORRES COURCHOUD ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SANCHEZ PRIETO YASMINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· REJAS MORRAS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La realización de paracentesis evacuadora es una medida terapéutica en pacientes cirróticos con ascitis a tensión y/o refractaria que es aquella que no responde al tratamiento con diuréticos a dosis plenas. Para evitar las complicaciones derivadas de la disminución del volumen efectivo circulante tras la extracción del líquido (reexpensación precoz, insuficiencia prerrenal e hiponatremia) es preciso el uso de expansores del plasma siendo el fármaco más utilizado la albúmina al 20%. También es una medida sintomática muy eficaz en pacientes oncológicos con ascitis secundaria a afectación tumoral peritoneal o a hipertensión portal secundaria a metástasis hepáticas.

En nuestro Servicio es el fármaco que supone el 4º mayor gasto en Euros (6261 euros en el año 2015). Hay estudios que avalan el hecho de no reponer volumen en aquellas paracentesis menores de 5 litros.
A su vez se plantea reducir los costes empleando la dosis menor de albumina (6 gramos/litro) aceptada en la literatura científica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Optimizar el uso de recursos farmacéuticos en la sala de observación en pacientes que precisan paracentesis evacuadora

2. Mejorar la realización coste/eficacia en el uso de expansores de plasma en urgencias especialmente de albúmina adecuándose a la medicina basada en la evidencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un registro de la actividad de todos aquellos pacientes a los que se realice una paracentesis evacuadora durante el año 2016 catalogando el motivo de la misma

En aquellos casos que se extraen menos de 5 litros se propugna no realizar reposición de volumen

En los casos de más de 5 litros se usará albumina al 20% a la dosis mínima que son 6 gramos/litro actualmente se repone 8 gramos por litro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de pacientes a los que se les realiza paracentesis evacuadora por mes
2. Gasto de expansores de plasma por paracentesis realizada
3. Comparación del gasto en realización al mismo período del 2015
4. Reingresos o readmisiones por el mismo motivo en las 48h tras la realización de paracentesis

Se realizará una evaluación trimestral de dichos indicadores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El período de intervención del proyecto de mejora será desde el 1 de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2016.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BIOMARCADORES DE RESPUESTA INFLAMATORIA E INFECCION EN PACIENTES CON PATOLOGIA INFECCIOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE RUIZ RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OBON AZUARA BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ANDRES OTERO MARIA JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GONZALEZ GARCIA GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ABASCAL RODA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La dificultad diagnóstica que entrañan los pacientes que consultan en los Servicios de Urgencia de los hospitales (SUH) por síndrome febril resulta un hecho ya conocido. Los motivos son varios: las manifestaciones de la infección a menudo son inespecíficas, el diagnóstico resulta complicado, existen procesos bacterianos que requieren tratamiento antimicrobiano específico... A todo ello se debe añadir que los estudios microbiológicos no ofrecen resultados inmediatos, existiendo por lo tanto un periodo de tiempo entre el diagnóstico preciso y el inicio de un tratamiento antibiótico empírico.
Los biomarcadores de respuesta inflamatoria o infección (BMRI) se han posicionado desde hace años como herramientas útiles en la atención de pacientes con infección. En nuestro centro disponemos de la proteína C reactiva (PCR) y se encuentra prevista la incorporación en el último trimestre de 2016 de la procalcitonina (PCT). No se incluye el lactato, pues a pesar de ser un reconocido en los consensos de sepsis, es un marcador específico de hipoperfusión tisular.
Establecer las indicaciones para solicitar los BMRI mejora la capacidad para establecer un diagnóstico precoz de infección/sepsis bacteriana, para estratificar la gravedad en casos de sepsis bacteriana, para monitorizar la evolución de la infección bacteriana, y la respuesta al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Un reducido número de marcadores ha mostrado capacidad diagnóstica de infección bacteriana. Mediante el empleo de los mismos se aporta un diagnóstico rápido de infección (respecto a los resultados de los test microbiológicos), y nos permite diferenciar infección de respuesta sistémica de origen no infeccioso, así como infección bacteriana de la vírica (que no requiere AB).
Mediante el empleo de los BMRI en el SUH se pretende establecer actuaciones diagnósticas y terapéuticas bien definidas como:
• Mejorar el manejo de los pacientes con infección.
• Adecuar la indicación de antibioterapia empírica.
• Iniciar el tratamiento antimicrobiano precoz.
• Racionalizar el tratamiento antibiótico.
• Limitar los errores diagnósticos.
• Limitar el incremento progresivo de las resistencias a antimicrobianos.
• Disminuir los costes derivados del proceso infeccioso.

Otros objetivos del proyecto:
• Averiguar la adecuación del empleo de los BMRI en nuestro centro.
• Valorar si su solicitud ayuda a la toma de decisiones en la práctica clínica.
• Implementar acciones de mejora mediante procesos de formación de los profesionales sanitarios a través del Programa de Optimización de Uso Antibiótico (PROA).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Año 2016
• Selección de los pacientes a quienes se haya solicitado un BMRI durante los días 4, 10, 16, 22 y 28 de noviembre.
• Cumplimentación de un cuestionario diseñado ad hoc, registrando la existencia de datos de enfermedad infecciosa, resultado de la petición, modificaciones en dependencia del resultado
• Análisis de los datos que se desprende de la información obtenida en diciembre

Año 2017
• Presentación y difusión de los resultados
• Implementación de acciones encaminadas a mejorar la indicación de solicitud.
• Creación de un algoritmo de decisión para la solicitud de BMRI, en los siguientes grupos de pacientes:
a. Pacientes seleccionados en triaje como posibles casos de código sepsis, que no sean desactivados por el médico responsable.
b. Pacientes con proceso infeccioso y riesgo de bacteriemia.
c. Pacientes con proceso infeccioso en quienes se sospeche etiología no bacteriana.
d. Pacientes en riesgo de sepsis que consultan por un posible caso de infección.

Proyecto: 2016_0554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BIOMARCADORES DE RESPUESTA INFLAMATORIA E INFECCION EN PACIENTES CON PATOLOGIA INFECCIOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Obtención mensual de los siguientes indicadores obtenidos por los integrantes del proyecto mediante la elaboración de una base de datos con los pacientes a los que se les ha solicitado los BMRI, y la inclusión de los resultados de los cultivos extraídos y la antibioterapia inicial administrada en el SUH

Nº total de pacientes con síndrome febril en el SUH/Nº total de pacientes con determinación de BMRI en el SUH.

Nº total de pacientes con patología infecciosa demostrada (en función del resultado de los cultivos extraídos en el SUH) a quien se solicita BMRI/Nº total de pacientes con determinación de BMRI en el SUH.

Nº total de pacientes con infección demostrada (en función del resultado de los cultivos extraídos)/ Nº total pacientes con antibioterapia empírica precoz en el SUH.

Nº total de pacientes con resultado negativo en los cultivos en quien se instaura tratamiento antibiótico/ Nº total de pacientes con determinación de BMRI en el SHU

Nº total de paciente con resultado negativo en los cultivos y empleo de antibiótico en quienes se justifica su uso/Nº total de pacientes con resultados negativos en quienes se usa antibiótico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Nov 2016: Evaluación de la situación (selección de pacientes) y cumplimentación cuestionarios
Dic 2016: Análisis de los datos
Ene 2017: Presentación y difusión
Feb-Mar 2017: Implementación acciones y Algoritmo de decisión
Abr-Dic 2017: Monitorización mensual
Dic 2017: Informe anual

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN LAHOZA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAENZ ABAD DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MURILLO DIAZ DE CERIO IRACHE INES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SANCHEZ BLASCO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MILLAN GALLIZO GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALFARO ALMAJANO ENRIQUE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· CAÑAMARES ORBIS PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Del total de asistencias realizadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), un 1% (2% si consideramos la gastroenteritis) son por infecciones intraabdominales (IIA) (hepatobiliares (43.8%), apendicitis (28.6%) y diverticulitis (22.4%). Además, un 50% precisan ingreso y un 20% asocian sepsis. Resulta difícil homogeneizar su manejo y crucial optimizar la utilización empírica de antibióticos. Aunque la concienciación de los Médicos de Urgencias sobre la importancia en la elección del antibiótico y en la toma de muestras previas a su inicio es creciente, existe todavía importante opción de mejora en ambos aspectos.
Los principales problemas identificados en el manejo de las IIA en el SUH de nuestro Hospital, coincidentes con trabajos publicados en otros hospitales son:

a) Heterogeneidad en la elección del antibiótico.
- Inadecuada selección de tratamiento empírico con utilización creciente de carbapenémicos y fármacos con actividad antipseudomónica sin valoración reglada de su indicación
- Sobreutilización de quinolonas aun con tasas altas de resistencias de las enterobacterias.
- Uso de antibióticos en procesos sin indicación

b) Falta de planificación en el informe sobre la duración recomendada del tratamiento

c) Inadecuada solicitud de pruebas para diagno´stico microbiolo´gico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejoría y homogeneidad en la elección del antibiótico
• Mayor planificación en la duración del mismo
• Mejoría en toma muestras microbiológicas
• Mejoría en la comunicación y unificación de criterios entre Servicios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Elaboración de herramientas para facilitar el manejo homogéneo de las IIA:
• Creación y distribución de algoritmos terapéuticos para cada tipo de IIA con formato bolsillo y póster, cuyo contenido irá en la línea de la política antibiótica del Hospital.
• Inclusión de textos predefinidos en el PCH con recomendaciones (dietéticas, duración del tratamiento, signos de alarma, planificación de seguimiento…) para el informe del paciente.

b) Actividades formativas
• Sesión clínica dirigida a Facultativos del SUH y a MIR para informar sobre el proyecto, presentar las herramientas de apoyo y distribuir los dípticos de bolsillo.
• Sesión clínica para Facultativos de Urgencias y MIR con presentación de casos clínicos reales y discusión de su manejo
• Sesiones diarias de 10 minutos en el cambio de guardia en Urgencias (14:30) durante 2 semanas para consolidar la vigencia del proyecto.
• Sesión clínica dirigida al personal de Enfermería para enfatizar en la importancia de la toma de muestras biológicas para cultivo
• Sesión clínica en los Sos de Digestivo y Cirugía (Facultativos y MIR) para informar sobre la actividad y presentarla, poniendo en valor la necesidad retroalimentación con ellos conforme avance el proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de proceso
• Número de sesiones formativas programadas que han sido impartidas (control de firmas para asistencia)
• Disponibilidad de algoritmos de manejo de cada patología en formato de bolsillo y póster elaborados por el Grupo

Indicadores de resultado
• Proporción de pacientes dados de alta del SUH con una IIA cuyo tratamiento antimicrobiano concuerda con el recomendado en el algoritmo diseñado (Objetivo > 70%)
• Proporción de pacientes dados de alta del SUH con diagnóstico de gastroenteritis sin tratamiento

Proyecto: 2016_0767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

antibiótico (objetivo > 90%)
- Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA que precisan ingreso
- Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA que pasan a Sala de Observación
- Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA dados de alta desde Urgencias
- Proporción de pacientes con IIA dados de alta desde Urgencias que consultan por el mismo motivo en las siguientes 72 horas
- Proporción de pacientes dados de alta desde Urgencias con diverticulitis aguda en los que figura la duración prevista de antibiótico (objetivo > 70%)
- Proporción de pacientes atendidos por una IIA en los que se utilizan quinolonas en el tratamiento empírico (objetivo disminuir un 40% (Pre vs Post actividad))
- Proporción de pacientes en los que se prescribe algún fármaco con actividad antipseudomónica sin criterios reales para ello (objetivo disminuir un 20% (Pre vs Post actividad))
- Proporción de pacientes a los que se les inicia tratamiento antimicrobiano para una IIA sin extracción previa de muestras para cultivo (objetivo < 20%)
- Grado de satisfacción de los profesionales con la actividad, medido mediante encuestas anónimas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 12 meses
- Elaboración de las herramientas de ayuda (textos predefinidos y protocolos) e impresión en los diferentes formatos (bolsillo y póster) (octubre a diciembre de 2016)
- Recopilación de datos de muestra de pacientes pre-actividad (diciembre 2016)
- Difusión y formación (inicio en enero de 2017)
- Medición de indicadores al finalizar el proyecto
- Comunicación de los resultados en sesiones informativas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0845 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA VALIENTE MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SANCHEZ BERNAL JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA
· GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA TOVAR MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· HORNA OREJA OHIANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SANJOAQUIN CONDE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son un grupo heterogéneo de infecciones que afectan a piel y anejos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculo estriado. Representan el 5-17% de las visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y originan la prescripción de gran número de antibióticos.

Las oportunidades de mejora en el manejo de las IPPB en el ámbito del SUH, así como las barreras que dificultan su implementación, han sido identificadas por los miembros del equipo de trabajo a través de la revisión de 103 pacientes con este diagnóstico atendidos en el SUH del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 2015, así como mediante una posterior aproximación estructurada a los problemas existentes siguiendo la metodología sugerida por Flottorp et al.

Los principales problemas identificados en el manejo de las IPPB fueron:
1) Sobrediagnóstico, confundiendo frecuentemente IPPB con trombosis venosa profunda, edemas y eczema de estasis.
2) Inadecuada identificación de la gravedad y monitorización de la evolución de la infección, con escasa utilización de técnicas sencillas como el marcado de los bordes de la lesión y de escalas como el LRINEC, útil para identificar infecciones potencialmente graves.
3) Inadecuado diagnóstico microbiológico, con solicitud de pruebas inadecuadas, empleando de forma casi exclusiva la recogida de muestras mediante frotis con torunda.
4) Inadecuada selección de tratamiento antibiótico empírico, con uso indiscriminado de amoxicilina-clavulánico, tanto en pacientes ambulatorios como ingresados (65,2% y 38% respectivamente), pese a no ser, salvo excepciones, el tratamiento inicial de elección.
5) Excesiva duración del tratamiento antibiótico: la duración media en pacientes ambulatorios fue de 8,4 días, cuando, en celulitis no complicadas, 5 días de tratamiento antibiótico parecen ser tan efectivos como 10.
6) Deficiente aplicación de medidas higienico-dietéticas y posturales (p. ej. elevación del miembro afectado): no se indicó ninguna medida de este tipo en el 49,3% de los pacientes tratados ambulatoriamente.

Las principales barreras percibidas fueron las relacionadas con la falta de información del personal médico, la sobrecarga asistencial, la escasa comunicación e interacción entre los distintos niveles asistenciales, así como la falta de monitorización y de feedback a los profesionales sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejoría en la identificación de IPPB
- Mejoría en la selección del tratamiento antimicrobiano
- Mejoría en toma muestras y medidas higiénicas y posturales
- Mejoría en la comunicación entre los facultativos que forman parte del proceso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Herramientas de ayuda al manejo de las IPPB:
- Elaboración de una lista de verificación con los principales aspectos que el facultativo debe decidir durante el abordaje de las IPPB. Responsable: Beatriz Sierra
- Realización de un prerredactado en el sistema de historia clínica de Urgencias (PCH) de órdenes de cuidados y tratamiento al alta, facilitando al facultativo la tarea de recordar y aconsejar al paciente sobre los cuidados idóneos para su patología. Responsable: Carolina Valiente.

b) Actividades formativas:
- Sesiones (2) dirigidas a los médicos y enfermeras del SUH, con el objeto de presentar la actividad de mejora y de dar difusión a la guía de tratamiento antimicrobiano de IPPB del hospital. Estructuradas a partir de casos clínicos reales. Responsable: Carolina Valiente y Azucena Gonzalo.
- Sesiones a los residentes que hacen guardias en el SUH, con una duración prevista de 10-15’ y que se repetirán diariamente durante 2 semanas al inicio de la guardia. Responsables: Carolina Valiente, Beatriz Sierra, Francisco Ruiz.
- Sesión a personal de enfermería del SUH con el objetivo de profundizar en la obtención de muestras para cultivo y en las medidas higiénicas y posturales. Responsable: María García.
- Sesiones (2) en el Servicio de Dermatología, el más demandado a la hora de valorar estas patologías, con un enfoque similar a la planteada en el SUH. Responsable: Javier Sánchez.

Proyecto: 2016_0845 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Medición antes y después de realizar actividades formativas. Objetivo aumento > 20%.
- Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la Guía del hospital. Objetivo > 70%.
- Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión. Objetivo > 50%.
- Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta. Objetivo > 70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del proyecto: 12 meses (octubre 2016-octubre 2017).
- Inicio de sesiones: diciembre 2016
- Elaboración de lista de verificación y hoja de recomendaciones al alta: octubre 2016
- Medición de indicadores: septiembre 2017
- Sesiones informativas sobre resultados: noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TEAPEUTICOS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MONZON ALEBESQUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA DISPARIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROVOCACION DE ERECCION INDUCIDA POR DROGAS VASOACTIVAS EN LOS PACIENTES CON DISFUNCION ERECTIL, HACE DIFICIL SU ESTANDARIZACION DE CARA A UNIFICAR LOS RESULTADOS DE LOS MISMOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PODER ACCEDER A UNA INFORMACION DE RESULTADOS HOMOLOGABLE, ESTANDARIZADA Y DISPONIBLE EN INTRANET

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DONDE SE RECOJAN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL PACIENTE, TIPO DE PRUEBA APLICADA (TEST DE PGE 1, TEST DE GITTES O ALPROSTADILO TRANSMEÁTICO CON VIRIREC), Y RESULTADOS HOMOLOGABLES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
RESPUESTA AL TEST DE ERECCION (ESCALA DE 1 A 10).
FLUJOS VASCULARES MEDIANTE ECO-DOPPLER EN PACIENTE NO RESPONDEDORES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
COMIENZO EL 1/10/2016
FINALIZACIÓN EL 1/10/18

REALIZACION DE 5 TEST DE ERECCIÓN, EN SUS DISTINTAS MODALIDADES, TODOS LOS MIERCOLES LECTIVOS EN LA UNIDAD DE ANDROLOGÍA, PLANTA -1

9. OBSERVACIONES.
NO

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DISFUNCION SEXUAL DEL VARON
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0360 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CONSERVACIO/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO UCAR TERREN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GARCIA CABELLO CELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
NECESIDAD DE INICIO PRECOZ DE REHABILITACION PENEANA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA, DE CARA A CONSERVAR LA CAPACIDAD ERECTIL Y TRATAR LA DISFUNCION SEXUAL CASO DE QUE ACONTECIESE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
INICIO PRECOZ DE ACTIVIDAD SEXUAL, MEDIANTE IDENTIFICACION DE FACTORES PREDISPONENTES Y APLICACION PRECOZ DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
EVALUACION PRE Y POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES, MEDIANTE TEST NORMALIZADOS DE FUNCION SEXUAL (IIFE 5/15 Y SEP II Y SEP III) Y SU CORRELACION CON LAS INCIDENCIAS OPERATORIAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
EVALUACION DE FUNCION ERECTIL PREOPERATORIA.
INDICES DE COMORBILIDAD.
CONSTATACION DE INTEGRIDAD NEUROVASCULAR QUIRURGICA
RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS PROPUESTOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO 1/10/2016
CONCLUSIÓN EL 1/10/2018

9. OBSERVACIONES.
NO

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA (V.A.) EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO (CVNMI) DE BAJO GRADO

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.
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GARCIA MAGARIÑO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SOTA OCHOA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Carcinoma Vesical no músculo invasivo(CVNMI) evoluciona clínicamente en relación al grado histológico. Las guías clínicas de la Asociación Europea de Urología recogen que los Ta G1 (afectación de la lámina propia y bien diferenciados) presentan una excepcional capacidad de progresión así como un riesgo no despreciable de recidiva. En la actividad asistencial del urólogo el hallazgo de una recidiva de esta lesión en el control cistoscópico se ha tratado siempre mediante Resección Transuretral (RTU) de la lesión. La alta prevalencia de este tumor en nuestra comunidad y el altísimo número de recidivas, causan un importante impacto en la lista quirúrgica y un elevado consumo de recursos asistenciales. Se suma, como factor negativo en el impacto de la cirugía en estos pacientes, el alto porcentaje de presentación en la población de mayor edad.
Existen en España ya experiencias muy positivas con la implantación de protocolos de Vigilancia Activa (V.A.) en el CVNMI de bajo grado. Consisten en el control endoscópico de la recidiva de la lesión sin actuación quirúrgica hasta que la misma evolucione hacia un aumento del tamaño y/o número de implantes tumorales o macroscópicamente se objetive un cambio en sus características. De este modo se consigue una reducción notable del número de procedimientos en quirófano sin que exponga al paciente a ningún riesgo en la seguridad oncológica y por consiguiente con un impacto en el ahorro de recursos y en la calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con esta iniciativa se pretende disminuir el número de cirugías programadas en estos pacientes (RTU Ca. Vesical) y por consiguiente disminuir el número de pruebas complementarias necesarias para el preoperatorio, consultas y la estancia hospitalaria (3-4 días de media), sin que suponga un riesgo para el control de la enfermedad ni posibilidades de progresión de la misma.
Por otra parte, el seguimiento del proceso se realizaría coincidiendo con la cistoscopia, que está protocolizada efectuarla a los 6 meses; de esta manera ni se incrementan el número de cistoscopias ni el número de visitas en consulta para el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los pacientes que presenten Carcinoma Urotelial pTa G1 se siguen mediante citologías y cistoscopias. Si la citología es negativa y en la endoscopia presentan una recidiva de la lesión papilar menor de 15 mm. y aspecto macroscópico similar a la originaria son subsidiarios de Vigilancia Activa. También se incluirían si presentan menos de 3 lesiones de tamaño menor a 1 cm. – y lógicamente de aspecto TaG1-
A este grupo de pacientes tras información razonada y que sea entendida con claridad se les plantea RTU de la recidiva del proceso o inclusión en el programa de V.A.
Otra de las ventajas del programa es que mejoramos la tolerancia y aceptación del paciente a las sucesivas cistoscopias- realizadas con anestesia local mediante lubricante urológico- al incorporar a nuestro instrumental endoscópico el cistoscopio flexible.
Para el mejor control y garantía de cumplimiento de la V.A., hemos creado una ficha clínica de seguimiento específica, incorporada a nuestra base de datos informática de nuestros pacientes con CVNMI.
Finalmente, contamos con la necesaria colaboración de un compañero de Anatomía Patológica, pues el inexcusable requisito de seguridad oncológica y de que no haya riesgo de progresión de la lesión es un diagnóstico de certeza en la filiación primaria del tumor.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación y seguimiento se llevará a cabo en la sala de endoscopia urológica (ubicada en la Unidad de litotricia) y en el despacho adjunto donde disponemos del programa informático.
Como indicadores de calidad del proceso establecemos:
1) Oncológico : Las citologías negativas y la ausencia de modificación macroscópica en la cistoscopia de control. (La citología positiva es una prueba de alta especificidad para Ca. Urotelial de alto grado; lógicamente, su presencia obliga a abandonar el programa de V.A.)
2) Clínicos: Estabilidad en la sintomatología miccional y ausencia o mínima presencia de hematuria macroscópica durante el seguimiento
3) El número de procedimientos quirúrgicos (RTU) no realizados o evitados.
4) El número de consultas ahorradas ya que estos paciente salen del circuito general para seguirse exclusivamente desde la sala de cistoscopias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Como consideramos que el programa es útil tan sólo con evitar una intervención quirúrgica en un año por paciente, comenzaremos a reclutar pacientes en Octubre de 2016 (de los ya intervenidos previamente y de quienes

Proyecto: 2016_0418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA (V.A.) EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO (CVNMI) DE BAJO GRADO

disponemos de Anatomía Patológica) y realizaremos una primera evaluación tras un año, coincidiendo con la finalización del proyecto. La eficacia de la V.A. está ya recogida en la bibliografía por lo que esperamos prolongarlo indefinidamente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN AMBROJ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UCAR TERRER ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MATA ORUS MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BESCOS SANTANA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incontinencia de orina es uno de los problemas que nos ocupa con frecuencia en la consulta de Suelo Pélvico. El tipo y grado de incontinencia, de difícil valoración, determina las pruebas complementarias que deberemos solicitar y la oferte terapéutica que deberemos plantear.
Para objetivar la misma hemos diseñado un Diario Miccional, sencillo y fácilmente cumplimentable, con el que los pacientes nos deben ser remitidos a nuestra Unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir el número de Consultas-Revisiones, puesto que en la primera consulta ya acude el paciente con el "Diario miccional" cumplimentado. Disminuir el número de pruebas complementarias a solicitar
- Ofertar la opción terapéutica más precisa posible para cada paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Distribución: entre las Consultas desde las que se nos remiten los pacientes. Se puede descargar desde la Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos para que lo cumplimenten los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes a los que se ha entregado el Diario Miccional en las consultas de origen (80%).
- Número de pacientes que lo han cumplimentado correctamente (80%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima iniciar con la distribución del Diario Miccional y la instrucción a los Facultativos en enero de 2017 con una duración de carácter indefinido.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO TIMON GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UCAR TERRER ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MATA ORUS MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Estudio Urodinámico es una prueba diagnóstica que exige de una preparación e información previa a la realización de la misma. Muchos de los pacientes acuden sin los requisitos previos correctamente realizados y con ansiedad explicable ante el desconocimiento de la prueba a realizar.

Hemos diseñado una Hoja Informativa en la se indica la preparación previa a realizar y detalles del procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evitar suspensión de procedimientos por la inadecuada preparación del paciente.
- Mejora de la satisfacción del paciente ante la prueba.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Distribución: a las Consultas desde las que se solicita dicha prueba. Se puede descargar desde Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos que lo entregarán a los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes a los que se ha entregado la Hoja Informativa en las consultas de origen (90%).
- Número de pacientes correctamente preparados para la realización de la prueba (90%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima iniciar con la distribución de la Hoja Informativa en enero de 2017 con una duración de carácter indefinido.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0588 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

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.
· DIARTE ABENIA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GARCIA CABELLO CELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· LLAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· JAIME ARILLA ANTONIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GONZALEZ TRASOBARES PAZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· IZQUIERDO OBON SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Recientemente ha habido un relevo en los profesionales encargados de la Unidad de Estomaterapia, siendo esta unidad de máxima utilidad para el Servicio de Urología.
Diversos estudios avalan la importancia de la información al paciente previo a ser sometido a una intervención quirúrgica donde se vaya a realizar una urostomia, así como la instrucción durante el ingreso y el seguimiento a corto, medio y largo plazo de estos pacientes para mejorar su calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un circuito entre el Servicio de Urología y la Unidad de Estomaterapia para que esta sea conocedora con antelación de los pacientes que van a ser intervenidos mediante cistectomía radical así como marcaje de la localización más adecuada para colocar una urostomia previa a la cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se convocará una reunión entre los integrantes del proyecto para realizar una puesta de ideas a finales de octubre - principios de noviembre de 2016 y concretar el circuito.
puesta en marcha del circuito en noviembre de 2016.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del circuito: se evaluará si /no
El 75% de los pacientes que van a ser cistectomizados pasarán por este circuito desde diciembre de 2016 hasta la finalización del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
octubre- noviembre 2016: elaboración del circuito.
noviembre- diciembre 2016: puesta en marcha del circuito.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0590 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

2. RESPONSABLE ..... CELIA GARCIA CABELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UTRILLA IBARBUEN MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ROMERO BILBAO BORJA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARIN ZALDIVAR CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La cistectomía radical es el procedimiento quirúrgico con mayor mórbi-mortalidad en Urología, ya que no solo implica la exéresis de órganos sino también la necesidad de reconstruir la vía urinaria.
hay diversas opciones que ofrecen ventajas y desventajas sin unas claras indicaciones.
En la toma de decisión del tipo de derivación es necesario la implicación del paciente puesto que alguna de ellas implica la colocación de urostomía o bien micción por vía uretral.
Según varios artículos, el grado de satisfacción del paciente cistectomizado con su derivación urinaria depende de la implicación de este en la toma de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
elaborar una encuesta de satisfacción del paciente cistectomizado con el circuito ya establecido así como del tipo de derivación urinaria que tiene.
con esta encuesta se quiere detectar cual es el tipo de derivación con la que el pacientes está más satisfecho así como los puntos de mejoras en el proceso de cistectomia radical establecido en nuestro servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
elaboración de una encuesta de satisfacción basada en ya existentes y adaptadas a nuestros objetivos.
entrega de dicha encuesta a los pacientes intervenidos de cistectomia radical.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
elaboración de la encuesta en noviembre de 2016: si/no
entrega de la encuesta a los pacientes cistectomizados en la consulta de seguimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
noviembre 2016: elaboración de la encuesta.
diciembre 2016: entrega de la encuesta a los pacientes en su seguimiento en la consulta de específica de UROCIS: 75% de encuestas entregadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0745 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... DANIEL HIJAZO GASCON
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UTRILLA IBUARBEN MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PARLANGE SANMIGUEL BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SANZ GRACIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El servicio de Urología del HCU Lozano Blesa es el de referencia de litotricia de Aragón. En el año 2012 se introdujo la cirugía intrarrenal retrograda (RIRS) que es una técnica endourológica minimamente invasiva, con mínimas complicaciones y una alta tasa de efectividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos con la realización de una base de datos de esta nueva técnica analizar los resultados del servicio en cuanto a seguridad y eficacia respecto a las técnicas más antiguas para el tratamiento de las litiásis intrarrenales.
Los resultados esperados es que esta nueva técnica tenga unas complicaciones y una eficacia mayores que a otras técnicas, especialmente en aquellos casos complejos que precisas de múltiples sesiones de tratamiento de litotricia extracorporea.
También mencionar la mejora a nivel de investigación del servicio, ya que somos uno de los centros de referencia europeos a nivelk de endourología y unos de los pioneros en introducir en España esta técnica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se van a recoger de manera retrospectiva todos los pacientes sometidos a esta técnica desde el años 2012 hasta octubre de 2016.
A partir de octubre de 2016 se recogerán los datos de manera prospectiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Recogida del 100% de los pacientes de forma retrospectiva a fecha de Enero de 2017 y los datos prospectivos a fecha de Mayo de 2017. Recogida del 90% de la información de cada paciente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Octubre 2016
Revisión de datos retrospectivos: hasta Enero 2017
Revisión de datos prospectivos: hasta Mayo 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0773 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... BENJAMIN BLASCO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAPAPE POVES VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· FERRUZ GIMENEZ MONTLER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GONZALEZ VARGAS FRANCISCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SESE TAMAYO CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace un tiempo en nuetra Unidad, se vienen modificando los formularios y otros documentos en papel. El control evolutivo de los pacientes sometidos a litotricia extracorporea se realiza mediante la cumplimentación de una hoja impresa que se adjunta a la historia clínica. Con la incorporación de esta opción en nuetra Base de Datos, se facilita la cumplimentación de todos los items a la vez que permite un rápido control y evaluación de nuestra actividad en cuanto a resultados efectivos se refiere.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Cumplientación de todos los ítems del formulario.
- Mejorar el control de resultados y actividades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Medidas previstas:
- Incorporación de la presentación "Evolución" en nuetra Base de Datos.
Responsables implicados:
- Médicos de la Unidad para la valoración y cumplimentación.
- Enfermeras para ajustes de Agenda.
- Administrativa: sustitución de los nuevos documentos incorporados a la Historia Clínica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cumplimentación de dicha presentación en un porcentaje superior al 90%
- Que se hayan registrado mas del 90% de los items presentes.

La monitorización se realizará por "búsquedas simples" de entre los pacientes tratados en dicho periodo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Está previsto iniciar la mencionada implementación a partir de enero 2017, siendo una actividad de tiempo indefinido.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0964 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

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.
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PLAZA ALONSO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· VICENTE DE VERA CARMINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· TORRES COURCHOUD ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La infección del tracto urinario (ITU) es un término que describe cualquier infección que afecta a cualquier parte del tracto urinario. Es la infección bacteriana más frecuente, la segunda más habitual en la comunidad (después de las infecciones respiratorias) y constituye la infección nosocomial más común.
La ITU no complicada sigue siendo una de las infecciones más comúnmente tratadas en atención primaria. En general, el 40% de las mujeres desarrollan una infección urinaria en algún momento de su vida. Las infecciones urinarias son más frecuentes en mujeres jóvenes sexualmente activas. Las mujeres adultas son 30 veces más propensas que los hombres a desarrollar una infección urinaria, aunque casi la mitad de ellos experimentarán al menos una episodio de infección del tracto urinario durante su vida. Se calcula que entre el 50 y el 60% de las mujeres adultas tendrá al menos un episodio de ITU en su vida. Cerca del 10% de mujeres posmenopáusicas tiene al menos un episodio de ITU al año.
Otros adultos susceptibles son los ancianos y los pacientes que requieren cateterismo uretral.
La incidencia de ITU sintomática en pacientes de edad avanzada es menos conocida. En un estudio, la incidencia de ITU sintomática fue de 0,17/1.000 días en varones no institucionalizados, de 0,9/1.000 días en mujeres que residían en pisos tutelados geriátricos y de 0,1-2,4/1.000 días de estancia en ancianos ingresados en residencias geriátricas.
Escherichia coli es el germen causal más frecuente. En las ITU no complicadas representa más del 80% de los casos y en las complicadas, aunque el porcentaje desciende, sigue siendo el microorganismo causal más habitual. Este grupo de población tiene una elevada comorbilidad,
siendo frecuente la instrumentación y la hospitalización, lo que aumenta la nosocomialidad.
Dada la alta prevalencia de pacientes que presentan infección del tracto urinario, constituyen un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias de cualquier hospital. Con más frecuencia se trata de pacientes de edad avanzada, portadores de dispositivos urinarios, con comorbilidad asociada e instrumentaciones previas.
Nuestro objetivo es elaborar protocolos de manejo de las distintas infecciones del tracto urinario desde urgencias atendiendo a las características particulares de cada tipo de paciente indicando el tratamiento más adecuado para cada uno de ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Adecuación de los tratamientos antibióticos siguiendo los criterios del PROA, para cada paciente.
-Inicio del tratamiento en Urgencias y envío a Médico de Atención Primaria, con recomendaciones terapéuticas y para control post-tratamiento.
-Ingreso en el Servicio hospitalario mas adecuado de acuerdo a las características de cada paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de protocolos que indiquen el manejo de la infección del tracto urinario desde urgencias distinguiendo entre:

Infección de tracto urinario superior e inferior.
Infección en pacientes portadores de dispositivos urinarios.
Infección en pacientes con cirugía urológica previa.
Infección urinaria complicada: pacientes con factores de riesgo.

Indicando en cada uno de los procesos los uropatógenos más frecuentes, la antibioterapia recomendada de acuerdo a las guías elaboradas pro el grupo PROA de nuestro hospital, duración del tratamiento, necesidad o no de ingreso y dónde, y si se precisan pruebas complementarias y cuales.
Para la elaboración de los mismos se cuenta con un grupo multidisplicinar compuesto de médicos de los servicios de enfermedades infecciosas, urgencias, medicina interna y urología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Como indicadores de evaluación se utilizarán:
Elaboración de protocolos para uno de los procesos anteriormente descritos.
Revisión del cumplimiento de los protocolos elaborados utilizando el sistema de codificación de diagnósticos del hospital y la intranet. Evaluando las características de los pacientes ingresados y tratamientos recibidos, marcando como objetivo que al menos el 70% de los pacientes ingresados respondan a los criterios especificados en los protocolos.
Desarrollo de un algoritmo o de una lista de verificación del cumplimiento de los protocolos.
Realización de sesiones conjuntas con los Servicios de Urgencias, Urología, Medicina Interna y Enfermedades

Proyecto: 2016_0964 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Infecciosas para verificar la implementación de los protocolos.
Control de los parámetros de calidad revisando las bacteriemias de origen urinario como ya viene haciendo el grupo PROA del hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración inicial del proyecto sería inicialmente a lo largo del 2016, pudiendo prolongarse en el tiempo en base a los resultados que se vayan obteniendo.
Se pretende revisar el cumplimiento de los objetivos de forma semestral con la elaboración de los protocolos y comprobación de su cumplimiento en el manejo de la infección del tracto urinaria en urgencias. Así como realizar una exposición semestral de los datos obtenidos en la sesión del servicio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1024 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PLAZA ALONSO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROBERTO ALCACER ANA TERESA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MATOS OROZCO OLIVIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ASENSIO MATAS AGUSTIN. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· JAIME ARILLA ANTONIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· LAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El concepto de evaluación preoperatoria nace en 1846, consiste en la valoración global del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, con el objetivo de establecer el plan preoperatorio más adecuado. Con el envejecimiento de la población, la incidencia de la patología urológica quirúrgica ha ido en aumento en los últimos años, con el consecuente aumento en números de la lista de espera de nuestro Servicio de Urología. Esta situación genera que el tiempo entre la valoración anestésica previa y la cirugía se demore, con la caducidad de muchos de los preoperatorios ya realizados. Además durante este tiempo, muchos de nuestros pacientes acuden al día de la cirugía con patología médica no valorada previamente, como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, arritmias cardiacas, accidentes cerebro-vasculares, etc. Con todo ello hemos ido observando en los últimos años un alto índice de suspensión de pacientes el mismo día de la intervención quirúrgica, por un mal manejo perioperatorio del paciente, repercutiendo directamente en la lista de espera quirúrgica. De esta situación nace la necesidad de establecer unos criterios unificados de revisión de pacientes en función de la intervención quirúrgica a realizar, estableciendo los mismos criterios de tratamiento y pruebas preoperatorias a solicitar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el siguiente Proyecto de Calidad, se espera un manejo integrado de la patología médica-quirúrgica del paciente. Esperamos detectar problemas médicos hasta entonces no conocidos, y manejarlos de forma integrada, como son: hipoglucemias descontroladas, arritmias cardiacas no conocidas, alteraciones con el manejo de la pauta anticoagulante y antiagregante; manejo del paciente según el proceso quirúrgico con los mismos criterios unificados, y que no sea médico-dependiente.
Esperamos conseguir a corto-medio plazo una disminución de la suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas, ya sea por problemas médicos no detectados o por pruebas médicas que no habían sido solicitadas. A largo plazo esta disminución de la incidencia de intervenciones quirúrgicas suspendidas, repercutirá en la disminución de la lista de espera, con el subsiguiente ahorro económico que conlleva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para ello se han diseñado unos protocolos comunes de revisión de pacientes en función del proceso quirúrgico a realizar, aprobados por el personal del Servicio de Urología del Hospital Clínico, así como variaciones en función de la patología médica propia de cada paciente. Estos consisten en:
- -Protocolo de Cirugía Litiásica
- -Protocolo de Nefrectomía Radical
- -Protocolo de Nefrectomía Parcial
- -Protocolo de Cistectomía Radical
- -Protocolo de Prostatectomía Radical
- -Protocolo de Braquiterapia
- -Protocolo de Biopsia de Próstata
- -Protocolo de RTU de Próstata/Adenomectomía
- -Protocolo de Cirugía Endourológica General
- -Protocolo de Cirugía Genital
- -Protocolo de Prótesis de Pene
- -Protocolo de Cirugía de la Incontinencia
- -Protocolo de Cirugía del Cistocele
- -Protocolo de Pieloplastia

Cada protocolo incluye diversos ítems según proceso, en lo que se refiere a: Tolerancia vía oral, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, medidas preoperatorias, solicitud de reserva de sangre, solicitud de radiografía de vías urinarias.
Han sido realizados basándose en las recomendaciones del grupo PROA, del Banco de Sangre, Servicio de Hematología, Guías Europeas de Urología, personal de enfermería. Además, cada protocolo incluye variantes según el paciente sea: Diabético tipo 1 ó 2, alérgico a la profilaxis antibiótica estándar, si toma anticoagulantes y antiagregantes, etc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se realizará de forma anual, en la cuarta semana del mes de Noviembre, evaluando el total de cirugías realizadas durante esa semana, donde se aplicarán los siguientes indicadores:
1. ¿Se pueden aplicar los protocolos diseñados a todas las cirugías realizadas durante esa semana?. Aplicados en >95%
2. ¿Se han incluido los protocolos en las cirugías realizadas durante esa semana?. Que se hayan incluido en

Proyecto: 2016_1024 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

>80% de las cirugías realizadas
3. ¿ Desde la implementación del proyecto, se ha suspendido alguna intervención quirúrgica programada por fallos en el protocolo o por no haberse aplicado correctamente?. Que las intervenciones suspendidas por mala preparación del paciente sea <10%.
Estos son los indicadores positivos esperados para poderlo prolongar los años sucesivos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración inicial del proyecto sería a lo largo del 2017, pudiendo prolongarse en el tiempo en base a los resultados que se vayan obteniendo.

9. OBSERVACIONES.
Se establecerá un cronograma para realizar las monitorizaciones de los indicadores. Se llevaran a cabo la cuarta semana de Noviembre de 2017, si la previsión es presentar la memoria de finalización al acabar el año, o bien en el mes anterior a la presentación de dicha memoria, si no es al final del año. Para ello se revisaran todas las historias de los pacientes programados esa semana, obteniéndose así el resultado de los indicadores 1 y 2. El indicador 3 se medirá recopilando todos los casos de suspensión de actividad quirúrgica desde que se implemente el proyecto, y calculando el porcentaje correspondiente a este indicador.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

2. RESPONSABLE ..... JESUS LUIS TABUENCA FERRER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUSTE SERAL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· ABAD TUDELA CORO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO BANZO FERNANDO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ MOROS RAUL W. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MUELA TERESA. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La ZBS de Alhama de Aragón, según los datos presentados por la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud (DAPSC) el 1/2/2017, atiende a una población de 3.084 personas, de las cuales 551 tienen más de 75 años, lo que supone el 17,9% de la población.
Entre los objetivos estratégicos del Acuerdo de Gestión de 2017 (AG2017) se incluyen algunos relativos al “uso racional del medicamento” (URM), y dos que afectan específicamente al grupo de edad de mayores de 75 años: la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) y la prescripción de medicamentos de elevado riesgo anticolinérgico MERA).
Los resultados obtenidos por el EAP de Alhama de Aragón en 2016 son:
- MPI: 12,3% (estándar <14,21%, óptimo 10%)
- MERA: 12,11% (estándar <12,33%, óptimo 7%)

A pesar de estar cumpliendo ambos indicadores, los datos se encuentran alejados del óptimo, y además existe acusada diferencia entre los diferentes CIAS, existiendo algunos alejados del estándar.
Los médicos de este EAP consideran que deben mejorarse a nivel individual y colectivo estos indicadores, que además de afectar a un importante segmento de la población atendida, forman parte de los objetivos estratégicos del Sector Calatayud presentados en el AG2017.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados:
1. Conseguir que todos los CIAS de nuestro EAP cumplan el estándar mínimo de ambos indicadores
2. Conseguir rebajar el indicador MPI del EAP de 12% y el indicador MERA de 10%

Población diana: personas de la ZBS de Alhama de Aragón mayores de 75 años.
Intervenciones: revisión y valoración de los fármacos prescritos a cada paciente y eliminación, si es posible, de los fármacos implicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Sesión formativa a cargo del responsable de URM, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, en el momento de implantación del proyecto, para repasar los MPI y MERA y dosis implicados, según el propio AG2017.
2. Revisión oportunista en consulta a demanda de la historia farmacoterapeútica (HFT) de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, identificación de MPI y MERA y valoración de su retirada, justificando la acción al paciente, a desarrollar durante todo el año 2017.
3. Identificación durante todo el año 2017, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Uso Racional de Medicamento, y con periodicidad mensual de al menos un 10% de los pacientes que hasta ese momento incumplan los objetivos planteados. Se valorará la existencia de MPI y MERA y se registrará este hecho en FLASH de OMI, y a través de una consulta de demanda no presencial se contactará con el paciente para explicar el hecho y en caso de ser necesario citarlo para una demanda presencial y entregarle la nueva hoja de la HFT e informar de los motivos.
4. Reunión de los MAP y MAC del EAP para seguimiento y evaluación de los indicadores cuando se considere oportuno, y al menos tras la presentación por parte de la DAPSC de los datos del primer y segundo cuatrimestre.
5. Reunión de seguimiento y evaluación de objetivos en los primeros días del mes de noviembre con la finalidad de fijar el esfuerzo personal en cada CIAS para cumplir los objetivos propuestos.
6. Reunión de evaluación final cuando se conozcan los resultados finales de 2017 de ambos indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos:
1. Cuadro de Mandos del Uso Racional del Medicamento de EAP.
2. Cuadro de Mandos del Uso Racional del Medicamento de CIAS.

Indicadores y estándar:
1. Indicador MPI del EAP: % pacientes >75 años del EAP a los que se les ha revisado la MPI en el último año. Objetivo tendente a 0%, límite superior 14,21%, objetivo mínimo 12%.
2. Indicador MERA del EAP: % pacientes >75 años del EAP a los que se les ha revisado la MERA en el último año. Objetivo: tendente a 0%, límite superior 12,33%, objetivo mínimo 10%.
3. Indicador MPI de cada CIAS: % pacientes >75 años según CIAS a los que se les ha revisado la MPI en el último año. Objetivo: tendente a 0%, límite superior 14,21%, objetivo mínimo 12%.
4. Indicador MERA de cada CIAS: % pacientes >75 años según CIAS a los que se les ha revisado la MERA en el

Proyecto: 2016_1196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

último año. Objetivo tendente a 0%, límite superior 12,33%, objetivo mínimo 10%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde abril a diciembre de 2017, con el calendario expresado en el punto 6.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PAtologías asociadas a los MPI y MERA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE DE LA OSA FONDON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUSTE SERAL MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que cada vez es más prevalente a nivel nacional y en la Comunidad Autónoma de Aragón, siendo la primera causa de ceguera.
El Programa de Atención Integral a la Diabetes en Aragón cuya última actualización es de 2012, tiene como línea estratégica 4 el "Abordaje de Complicaciones" con 2 objetivos, uno de los cuales es facilitar la detección precoz de la Retinopatía para evitar su progresión.
Esto se puede conseguir mediante programas de cribado a través de la retinografía con cámara no midriática por personal entrenado, algo de lo se dispone en el Sector de Calatayud.
El Acuerdo de Gestión 2.017 establece como uno de los objetivos a alcanzar dentro de la estrategia "DIABETES" conseguir una adecuada cobertura de la retinografía de cribado, indicador que en este momento aún no ha sido cuantificado.
El EAP de Alhama de Aragón consiguió en 2016 una cobertura de retinografía de cribado del 65,18 %, bastante por encima de la cobertura alcanzada por el Sector Calatayud (46,8%) y por el total de Aragón (42,14%). A este hecho contribuyó en gran medida el hecho de disponer en nuestro centro de salud de un retinógrafo dos meses al año, lo que beneficiaba la accesibilidad de nuestros usuarios. Desde 2016 ya no se dispone de este recurso, y los diabéticos de nuestra zona de salud deben desplazarse hasta Calatayud, lo que va suponer un serio hándicap para mantener el índice de cobertura.
El EAP de Alhama de Aragón considera que debemos esforzarnos a través de un programa específico para mantener la cobertura alcanzada en años anteriores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir que al menos un 60% de la población diabética de la ZBS de Alhama de Aragón tenga registrada la realización de una retinografía al menos cada 36 meses.
Población diana: pacientes con registro en OMI de diabetes mellitus.
Población excluida: pacientes diabéticos con retinopatía previa de grado mayor que leve tratados en Oftalmología y diabéticos mayores de 80 años con retinografía previa normal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Reunión formativa a cargo del responsable del proyecto en el momento de la implantación del mismo para explicar cómo realizar dicho proyecto y cómo solicitar las retinografías a través de la Intranet.
2. Revisión oportunista en consulta a demanda de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, revisión de última retinografía y propuesta de realización si procede en el CS de Calatayud.
3. Revisión sistemática en las consultas programadas del paciente diabético del registro de realización de una retinografía en los últimos 3 años y propuesta de realización si procede en el CS de Calatayud.
4. Reunión de los miembros del equipo para seguimiento y evaluación del proyecto cuando se considere oportuno, al menos una vez en cada cuatrimestre.
5. Reunión de seguimiento y evaluación de los objetivos en los primeros días del mes de noviembre con la finalidad de fijar el esfuerzo personal de cada CIAS para cumplir los objetivos propuestos.
6. Reunión de evaluación final cuando se conozcan los resultados finales de 2017

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos:
1. Cuadro de Mandos de Diabetes de EAP.
2. Cuadro de Mandos de Diabetes de CIAS.
Indicadores y estándar:
1. Indicador retinografías del EAP: % de pacientes diabéticos del EAP con diagnóstico de diabetes y registro de retinografía en el último año. Objetivo superior al 60%
2. Indicador retinografías de cada CIAS: % de CIAS que han conseguido o mantenido una cobertura igual o superior al 60% en el registro de retinografías de los pacientes diagnosticados de diabetes en el último año. Objetivo superior al 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2.017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2016_1197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... MARTA COMPES DEA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· DE LA OSA FONDON JUAN JOSE. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La oportunidad de mejora ha sido detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres y padres que tienen un niño lactante (0-2 años), en las consultas de Pediatría, Enfermería y Matrona.
Las madres y los padres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.
Se trata de ofrecer un espacio en el que madres y padres se sientan protagonistas y confiados de expresar sus interrogantes y dificultades compartiendo información y apoyo profesional.
Ofrecer un apoyo emocional a las madres dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones formativas y/o prácticas durante el embarazo dirigidas a madres y padres con bebés hasta 2 años, impartidas por la enfermera del C.S. Alhama de Aragón (Marta Compés Dea)
Debido a la dispersión de la ZBS, se facilitará en el PAC de Nuévalos dicho servicio a cargo de la enfermera de Nuévalos (Mª Pilar Pardo Hernández) para todas aquellas personas que no pueden acceder a este servicio en el C.S. Alhama.
Las sesiones tendrán lugar:
- C.S. Alhama de Aragón..: Miércoles, 09:30-10:15
- PAC Nuévalos……: Jueves, 12:30-13:00

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Número de sesiones impartidas a lo largo de 2017 (sesión semanal, cada miércoles exceptuando los períodos vacacionales). Valor a alcanzar: 16. Valor Inferior: 12. Valor Superior: 20 .Periodo evaluación: al finalizar el año.
Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones: se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluará el grado de utilidad, la facilidad de comprensión y la sencillez de la presentación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Abril 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017
Responsables de su implantación:
- Marta Compés Dea (Responsable del proyecto)
- Mª Pilar Pardo Hernández (Co-responsable del proyecto)
- Juanjo De La Osa Fondón (Colaborador)
- Teresa Pérez-Caballero Sánchez (Colaboradora)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. aCTIVIDAD COMUNITARIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

2. RESPONSABLE ..... ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· FELEZ RIPOLL CONCEPCION. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una de las cuestiones mas importantes de las políticas sanitarias es el uso racional de medicamentos. La OMS apoya el uso racional de los medicamentos como una estrategia de primer orden en materia sanitaria.
Entendemos que el URM cuida algunos de los principios básicos de la atención primaria de salud como son: el principio de justicia, ya que un gasto innecesario compromete la sostinibilidad del sistema sanitario o el principio de equidad, ya que el uso adecuado permite distribuir los recursos de forma equitativa, sin menoscabar la adecuación del tratamiento protegiendo así la seguridad del paciente.
La evidencia consultada concluye que el efecto de las estatinas podria deberse a un efecto de clase, de tal forma que no se han detectado diferencias significativas entre las diferentes opciones terapéuticas disponibles. No hay datos, basados en eventos clínicos que sugieran la superioridad de una estática frente a otra en la reducción de eventos cardiovasculares si bien entre ellas puede haber diferencias en la disminución del c-LDL a dosis similares.
El perfil de efectos adversos es similar para todas las estatinas. Los efectos adversos a nivel muscular ocurren con todas las estatinas y el riesgo aumenta con la dosis.
La relación coste-efectividad es, por tanto, determinante a la hora de seleccionar una estática. En nuestro medio la estática de menor coste y con mayor experiencia de uso es la simvastatina.
Simvastatina y atorvastatina son las que presentan mejores resultados en cuanto a eficacia y seguridad en los estudios clínicos realizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dado que los datos aportados desde el departamento de farmacia de nuestro sector nos indican un consumo elevado de rosuvastatina y pitavastatina frente a simvastatina y atorvastatina, nos plateamos como objetivo estratégico la reducción del consumo de rosuvastatina y pitavastatina en prevención primaria.

Por tanto nuestros objetivos serian:
- Disminuir el porcentaje de pacientes en tratamiento con estatinas ineficientes (rosuvastatina y pitavastatina)
- Educación sanitaria a los pacientes en el uso de estos fármacos y en el autocuidado para el control de su enfermedad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, plateando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Direccion de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.
Contactamos con la farmaceutica de nuestro sector que nos facilita la extracción de datos referentes a este proyecto.
En próximas fechas se realizara una sesión clínica para explicar las indicaciones de prescripción de las principales estatinas.
Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se utilizara como fuente de datos los facilitados por la farmacéutica del sector Calatayud sobre el consumo y prescripción de estatinas en la población asignada el Centro de salud de Ariza en el año 2016-2017.
Se buscara como objetivo la reducción del 5% de los envases prescritos en 2017.
Los indicadores serán:
1- Pacientes con prescripciones activas de estatinas ineficientes (rosuvastatina y pitavastatina) prescritas por este EAP en el año

Valor a alcanzar: 5%
Limite superior: 5%
Limite inferior: 0%

2- Nº de pacientes a los que se les revisa el tratamiento hipolipemiante

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- Nº de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su tratamiento y auto cuidado.
Valor a alcanzar: 100%

Proyecto: 2016_1220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2017 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1221 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SIENTO, PIENSO, ESCUCHO Y ACTUO

2. RESPONSABLE ..... CESAR BENDICHO ROJO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN BELLIDO JENIFER. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA AGUILERA MARIA ESTHER. PROFESOR/A DE ENSEÑANZA PRIMARIA. CRA ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· CHARLEZ UBIEGO JOVITA. PROFESOR/A DE ENSEÑANZA PRIMARIA. CRA ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· ESTERAS HENAR PILAR. PROFESOR/A DE ENSEÑANZA PRIMARIA. CRA ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Este proyecto es continuacion de un trabajo de colaboracion entre el C.S. Ariza y el CRA Puerta de Aragon, conjunto de investigacion-accion participativa con alumnos de 5º y 6º de primaria que se esta realizando desde el curso antterior.
Este curso los alumnos han decidido trabajar sobre sobre la convivencia, ya que según expresan, perciben un cierto deterioro de la misma en el colegio, con conductas puntuales de respuestas negativas ante la tolerancia. Estas respuestas debemos canalizarlas y potenciar respuestas racionales . De forma coherente con nuestra metodologia pretendemos que los alumnos descubran por si mismos el problema (ya lo han hecho) y propongan soluciones (en este punto nos encontramos trabajando)
La importancia de trabajar en estas edades sobre la convivencia, solidaridad, empatia y resilencia estriba en que los cambios de actitudes en los niños sirven no solo para mejorar la convivencia en la escuela si no tambien para evitar comportamientos asociales en el futuro

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Concienciar a los alumnos de la importancia de mantener una buena y sana convivencia ciudadana en la sociedad
Impulsar y mejorar el respeto y tolerancia hacia los demas
Implicarse positivamente en los casos de exclusion, discriminacion y acoso
Dotar a los escolares de conocimientos y herramientas para el confrontamiento
Resaltar la importancia de vivir en comunidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los niños proponen trabajando en grupo, medidas de prevencion y solucion de respuestas violentas, escuchando y debatiendo todas las ideas, priorizando el dialogo y consenso frente a la votacion.
Las reuniones se realizan en un aula grande y luminosa, todos situados en circulo, incluido el moderador.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al utilizar tecnicas culaitativas, la evaluacion se realizara por observacion participante.
Tras las reuniones se comentaran resultados con los niños y posteriormente con el grupo de adultos (maestros/sanitarios) Grupo abierto que puede cambiarse y/o ampliarse sin problemas .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de la actividad terminara cuando los alumnos pasen al instituto de referencia a cursos ESO, continuando con los de 6º de primaria del 2017/2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteraciones del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1456 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA NEGREDO HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN BELLIDO JENIFER. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Tras los resultados de la evaluación de los indicadores en 2016, detectamos la necesidad de aumentar el porcentaje obtenido en el registro del riesgo de ulceración a través de la escala Norton. Habíamos obtenido un 34.78% y pensamos que es necesario mejorarlo.
A pesar de este resultado mejorable, en nuestra zona solamente en la residencia de ancianos es donde se presenta algún caso de UPP. No hay ningún caso en pacientes domiciliarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos aumentar a un 65% dentro de la población de dependientes/inmovilizados de nuestro centro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisar cada uno de nosotros las historias de nuestros inmovilizados/dependientes y rellenar en el protocolo de dependiente/inmovilizado la pestaña DEPENDIENTE SEGUIMIENTO dentro de la cual se encuentra la escala de Norton
- Aumentar el tiempo dedicado a ésto último en los pacientes institucionalizados en la residencia de ancianos de Ariza pues todos ellos son dependientes y necesitan actualizar sushistorias clínicas. Para ello la enfermera responsable de la residencia de nuestro centro dedicará parte de las mañanas de los jueves y viernes a este fin.
- Actualizar las valoraciones ya existentes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes dependientes e inmovilizados con valoración de riesgo de ulceración
Valor a alcanzar: 65%
Límite inferior: 60%
Límite superior: 80%
Para monitorizar el proyecto cogeremos a todos nuestros dependientes e inmovilizados y les pasaremos la escala de Norton para intentar llegar a un mínimo del 65% de dichos pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de la actividad va a ser este año 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. senilidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1046 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

WEBLOG CENTRO DE SALUD ATECA: HERRAMIENTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES PARA CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS

2. RESPONSABLE ..... PABLO ANTONIO DE LORA NOVILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA JARABO MYRIAM. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BLANQUEZ PUEYO MERCEDES. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
El objetivo es la mejora de la utilización de los recursos de que se dispone, garantizando a los pacientes/usuarios una información actualizada de todos los servicios que se prestan en la Zona Básica de Salud Ateca, contribuyendo así a una mejor accesibilidad asistencial, una mayor autonomía y responsabilidad por parte de los mismos.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Transmitir tanto al paciente/usuario como a los profesionales del Equipo toda información que pudiera resultar ser de utilidad.
Informar sobre los servicios que se prestan en el centro, horarios, recursos humanos y materiales de que se dispone
Fomentar hábitos saludables con la inclusión de enlaces a páginas de información acreditadas.
Establecer un feedback de la información que incremente la satisfacción recibida y disminuya el número de reclamaciones.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Confeccionar el weblog del Centro de Salud Ateca, propio de la Zona Básica de Salud, con la previa autorización de la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud, y con el apoyo técnico y supervisión del Servicio de Informática

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Se monitorizarán:
- El recuento de visitas al blog
- El número de consultas y sugerencias recibidas.
- El registro de reclamaciones.
- Las encuestas de satisfacción.
- La participación de los profesionales del Equipo en la información publicada y las consultas atendidas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: noviembre 2016
Comunicación de la creación de la weblog a los pacientes/usuarios y a los Ayuntamientos de la Zona de Salud.
Revisiones y actualizaciones contínuas del funcionamiento y contenidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE LOS CONSULTORIOS LOCALES

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BLANQUEZ PUEYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA JARABO MYRIAM. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· ORUE JUNGUITU ALMA MARIA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· ASTORGA MOLINA NOELIA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· OMEDES BES MARIA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente no se dispone de un plan de necesidades en cuanto a medicación ni material fungible, ni de un procedimiento para asegurar la continuidad del estocaje preciso.
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente y en el uso racional del medicamento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un circuito de intervención que permita una continuidad en la accesibilidad de toda la población a medicación y material fungible necesario para una atención eficiente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión de Equipo para establecer un plan de necesidades.
- Confección de listado con todos los medicamentos y material fungible que debe haber en la sala de urgencias del centro de salud y en los botiquines de los consultorios locales.
- Nombrar responsables de la supervisión de cada una de las áreas a evaluar.
- Elaboración de una hoja de registro de las actividades, estableciendo responsables, periodicidad de las mismas, incidencias detectadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de registros de actividad
- % de registros de incidencias
- % de incidencias subsanadas en tiempo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha de evaluación de resultados: 31/12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. .
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

2. RESPONSABLE ..... FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ VICENTE PABLO. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· REMIRO SERRANO FATIMA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· ORUE JUNGUITU ALMA MARIA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· ASTORGA MOLINA NOELIA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· OMEDES BES MARIA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los resultados obtenidos en la "prevalencia de EPOC registrada" en esta ZBS Ateca en el año 2016 está muy distante de la "prevalencia estimada" en función del estudio EPISCAN.
Ésto supone un infradiagnóstico de EPOC sobre el que se precisa intervenir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la atención a los pacientes con EPOC.
Detección de población de riesgo (fumadores) en mayores de 14 años

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión formativa en espirometrías para los profesionales del EAP.
- Designación de responsable de la realización y control de las espirometrías.
- Creación de agendas para realizar espirometrías en el centro de salud y en los consultorios locales.
- Identificación de pacientes susceptibles de realizar espirometría (con diagnóstico previo de EPOC, con hábito tabáquico...)
- Sesiones conjuntas de interpretación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % pacientes de más de 14 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco: Valora alcanzar: 62%. Valor inferior: 42%. Valor superior: 62%. Período evaluación: anual
- % de pacientes fumadores con registro de espirometría: Valora alcanzar: 90%. Valor inferior: 20%. Valor superior: 100%. Período de evaluación: anual.
- % de espirometrías patológicas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha evaluación resultados: 01/12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

2. RESPONSABLE ..... PABLO ANTONIO DE LORA NOVILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA JARABO MYRIAM. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BLANQUEZ PUEYO MERCEDES. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente no hay un lugar en el que se reúna toda la información específica sobre la oferta de recursos sanitarios, tanto humanos como materiales, a los usuarios sobre los servicios que se prerstan desde el Centro de Salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ofrecer a la comunidad información sobre la oferta de servicios que se prestan desde el Centro de Salud y sobre temás de interés sanitario para fomentar hábitos saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se creará una weblog con contenidos de carácter sanitario específicos de la ZBS Ateca, donde se informará de todos los servicios que se prestan, horarios, recursos humanos y materiales, con inclusión de páginas de información sanitaria con objeto de fomentar hábitos saludables a la población. Se establecerá un feedback de información que produzca un incremento de la satisfacción por la atención recibida y una disminución del número de reclamaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de visitas en el contador del blog
- Número de consultas/sugerencias recibidas
- Registro de reclamaciones
- En cuestas de satisfacción
- % participación de profesionales EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Fecha de inicio del proyecto: 01/04/2017
- Fecha de publicación web: 01/10/2017
- Fecha de evaluación de resultados: 01/12/2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0608 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PIQUERAS LORIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORCAL CASADO MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DELGADO GUAJARDO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
-Cada vez se realiza con mayor frecuencia, el implante de reservorio
subcutáneo en pacientes crónicos, oncológicos, hematológicos y con VIH.
-En la actualidad, no es posible en el Centro de Salud, prestar asistencia a pacientes portadores de reservorio subcutáneo y que precisan lavado y sellado del mismo, realización de extracciones sanguineas de dicho reservorio o administración de tratamientos en pacientes terminales .
-La ausencia del material necesario asi como de la formación de los profesionales que realizan la técnica que son las enfermeras, imposibilita la realización de dicho procedimiento .
-El acceso venoso central mediante reservorios subcutáneos, constituye un sistema seguro y eficaz, que proporciona una mejor calidad de vida, ya que resultan muy cómodos para el paciente que se ve sometido a punciones venosas repetitivas, evitan la dificultad de canalizar vías periféricas, reducen el riesgo de flebitis del sistema venoso superficial, reducen el riesgo de infección y el dolor y facilitan la movilidad y el confort del paciente.
-Estas evidencias, pese a la existencia de algún inconveniente, justifican la utilidad de la puesta en marcha de este proyecto.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Dotar al centro de salud del material necesario y de la formación teorico práctica de los profesionales, para poder realizar,el procedimiento de atención a pacientes portadores de reservorio subcutáneo de manera habitual.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
-Rosario Torcal Casado
-Coordinar la formación de una enfermera en el servicio de oncología del Hospital Ernest LLuch.
-Solicitar y coordinar con el servicio de farmacia y almacén, la inclusión en el petitorio de los fármacos y materiales necesarios para realizar el procedimiento .
-Informar del proyecto a las enfermeras y de la necesidad de formación .

-Susana Piqueras Loriente
-Recibir formación en el servicio de oncología.
-Difusión del manual sobre el procedimiento de atención al paciente portador de reservorio subcutáneo, realizado en abril de 2016, por las enfermeras: Ascensión Vallejo y Ana Mª Blancas del Servicio de Oncología del HELL, revisado por la
Unidad de Calidad y aprobado por la Comisión de Dirección.
-Programar fechas de formación individual, adaptadas a las agendas de los profesionales.
-Realizar formación teórica y práctica en membrana de cámara de simulación.
-Realizar formación individual mientras se realiza el procedimiento con paciente, siempre tras su consentimiento.

-Carmen Delgado Guajardo
-Colaborar en la organización y adaptación de fechas de formación a las agendas y disponibilidad de los profesionales.
-Participar en la formación de dichos profesionales de forma individual mientra se realiza el procedimiento con paciente.
-Organizar, revisar y ubicar el material necesario y la guía de procedimiento en la sala de cirugía y mostrar al resto de las enfermeras del equipo.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
-1. Formación de una enfermera en el servicio de oncología: objetivo = 100%
-2. Realización de sesiones clínicas incluyendo formación teórica y práctica con cámara de simulación: objetivo= 100%
-3. Nº de enfermeras formadas en la realización del procedimiento con paciente bajo la supervisión de una enfermera adiestrada : objetivo= 50% de las enfermeras del Centro
(7 enfermeras)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Mayo 2016: Iniciación del proyecto. Reunión organizativa de los componentes.
-Junio 2016: Formación de una enfermera en el Servicio de Oncología del HELL
y realización de acciones para disponer del material y fármacos necesarios .
-Finales de junio : Organización del material en la sala de cirugía de laboratorio, e inicio de la realización del procedimiento aplicado a un paciente.

Proyecto: 2016_0608 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

-Octubre de 2016 : formación teórica y práctica en reservorio de simulación.
-De junio a febrero de 2017 y adaptado al calendario de pacientes que acudan portadores de reservorio, se realizará la formación individual de la enfermeras.
-Febrero 2017: finalización del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Variados, neoplasia, VIH, crónicos, hematológicos.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_0657 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARIA CHARLEZ MILLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRIENDO ORTILLES CERES. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARANAZ VILLARTE MIGUEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PARRILLA GIL MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las "Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, Nº119 de 24 de junio de 2015." Han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria respondiendo a las necesidades en materia de salud demandadas con el fin de mejorar la calidad de vida de los alumnos con enfermedades crónicas, detectar a tiempo conductas de riesgo o prestar una asistencia de calidad en una situación de urgencia.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
•Capacitar a los docentes en la realización de una asistencia sanitaria de calidad ante una situación que requiera una asistencia sanitaria o de urgencia.
•Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
•Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente.
Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas.
Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una "Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares" que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los talleres se realizarán durante el 2º y 3º trimestre del curso escolar 2016-2017 una vez concretada la disponibilidad de los colegios y del Centro de Salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0657 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0825 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOPEZ GABAS
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BLAZQUEZ GIRON MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TORCAL CASADO MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las “Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, Nº119 de 24 de junio de 2015.” han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria. De esta forma se responde a las necesidades en materia de salud demandadas con el fin de mejorar la calidad de vida de los alumnos, detectar a tiempo conductas de riesgo y dar apoyo formativo al profesorado.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
•Capacitar a los docentes para detectar conductas de riesgo susceptibles de trastornos de la conducta alimentaria, violencia de género o consumo de drogas.
•Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
•Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente.
Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas.
Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una “Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares” que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las sesiones se van a realizar durante el curso escolar 2016/2017. Se programarán las actividades de forma conjunta entre ambos colectivos para que su desarrollo afecte lo más mínimo al trabajo ordinario de ambos colectivos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

Proyecto: 2016_0825 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1165 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

2. RESPONSABLE ..... ANDRES GARCIA TENORIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUENCA SEBASTIAN MIGUEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DIEZ ADRADAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Conocidos los datos de la avaluación del año 2016 y viendo el bajo cumplimiento del indicador de registro de síntomas respiratorios en pacientes con EPOC analizamos la situación y se llega a la conclusión que puede ser debido a que el indicador es de nueva inclusión y a un fallo de registro por parte de los profesionales. Por ello nos planteamos que puede ser una acción de mejora para el año 2017.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención al paciente diagnósticado de EPOC.
Mejorar el registro de síntomas respiratorios en el último año en pacientes diagnosticados de EPOC y vistos en consulta en el periodo a analizar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Obtener un listado de los pacientes con EPOC de nuestra unidad
Realizar dos sesiones de formación interna orientada a conseguir un registro de calidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numerador-Pacientes con registro de síntomas respiratorios en el último año.
Denominador- Pacientes diagnosticados de EPOC que hayan acudido a consulta en el último año
Evaluación semestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril- Mayo-Contactar para conseguir listados fiables de pacientes diagnosticados de EPOC.
Mayo- Reunión para difundir listados
Mayo- 1ªSesión formativa de registro en OMI de 1 hora de duración- Responsable Andrés Garcia Tenorio.
Junio- Evaluación primer corte
Septiembre-2ª Sesión formativa de registro en Omi de 1 hora de duración-Responsable Andres Garcia Tenorio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1166 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRODEL DIAGNOSTICO ENFERMERO, LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO TORCAL CASADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUENCA SEBASTIAN MIGUEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BLAZQUEZ GIRON MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Ante los datos de la evaluaccion del año 2016 y considerando que el diagnostico enfermero de limpieza ineficaz de las vías aéreas tiene un bajo cumplimiento por falta de registro, nos planteamos como acción de mejora para el año 2017, mejorar este indicador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la atención al paciente diagnosticado de EPOC
-Mejorar el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas en pacientes diagnosticados de EPOC y vistos en consulta de enfermaría en el último año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Obtener un listado de los pacientes con EPOC de nuestra unidad
-Realizar dos sesiones de formación interna para enfermería orientada a conseguir un registro de calidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes diagnosticados de EPOC con registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas en el último año.
Evaluación semestral
Fuente de datos-Listados de pacientes con EPOC facilitados por la DAP
Estándar- 60%
Límite inferior 31
Límite superior 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-Mayo- contactar con la DAP para conseguir listados fiables de pacientes diagnosticados de EPOC
Mayo - Reunión para difundir listados
Mayo- 1ª Sesión formativa de registro en OMI de 1h de duraccion y Responsable Mª Rosario Torcal Casado.
Junio- Evaluación primer corte.
Septiembre2ª Sesión formativa de registro en OMI de 1h de duraccion y Responsable Mª Rosario Torcal Casado.
Diciembre - Finalización del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PONCE LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA TENORIO ANDRES. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos recogido las necesidades formativas,mediante encuestas, de los profesores y alumnos de los Colegios de educación primaria de Calatayud, siendo el tema prioritario teoría y práctica sobre RCP básica.
Esta formación se ha ofertado, desde el centro de salud,a todos los colegios de Calatayud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Saber detectar y actuar ante una situación de emergencia.
- Capacitar a los discentes para detectar una situación candidata de RCP y activar de forma rápida los servicios de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realizar una charla formativa, en cada colegio dirigida a profesores .
-realizar un taller práctico por colegio, dirigido a profesores.
-Realizar una charla formativa por colegio y clase de 6º de primaria
-Realizar un taller práctico por colegio y clase de 6º de primaria, con un números de alumnos no superior a 25 niños.
-Todas las charlas y talleres tienen una duración de 50minutos
Cambios previstos: Aprender a detectar y actuar ante una situación de emergencia por parte de los profesores y el alumnado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de asistentes que clasifican el curso como satisfactorio (Escala Lickert mayor o igual a tres.)
Estándar 50%
Límite inferior- 35%
Límite superior 100%

-% de Colegios de educación primaria de Calatayud que han participado.
Estándar -50%
Límite inferior-30%
Límite superior-100%
-% de Profesorado que ha participado según colegio
Estándar-30%
Límite Inferior-20%
Límite superior- 100%
-% de Alumnos que han participado según colegio
Estándar-90%
Límite inferior- 70%
Límite superior-100%
-Evaluación en el mes de Junio, al finalizar el curso escolar.
-Fuente de datos: Encuestas y listados de colegios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las charlas formativas tienen una duración de 15 minutos
Los talleres prácticos tienen un duración de 50 minutos
Las personas responsables son los mismos del proyecto
Inicio-Septiembre 2016
Finalización - Junio 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cardiovascular
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2016_1167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0399 ()

1. TÍTULO

EDUCACION DE SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PEREZ TORNOS
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
_Los niños venian muy mal cepillados a la consulta dental.
_Indice de caries muy alto.
_Dieta muy rica en azucares.
Actualmente los niños que han ido recibiendo la educación y charla están más mentalizados, los padres comentan que han mejorado bastante.
AL realizar la educación en el colegio se captan más cantidad de niños, son ellos mismos quienes les dicen a sus padres que deben acudir a las revisiones con el dentista.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es darles una educación, para mejorar le cepillado y que lo hagan correctamente.
Mejorar la dieta.
Realizar revisiones al dentista periódicamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Visitas a los colegios en los cursos de 1º, 2º y 6º de primaria, con el objetivo de ampliar los a los cursos siguientes.
El procedimiento mediante una presentación en power-point adecuada para su edad.
Se lleva un fantoma con un cepillo para enseñarles el cepillado.
Al final los niños pueden preguntar todas las dudas.
Contamos con la colaboración de los colegios y los profesores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se les ha pasado al colegio un a encuesta de satisfacción.
Seguimiento de los niños en el centro de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Enero a junio.
Se intenta estar una hora con cada grupo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. salud bucodental
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1739 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PEREZ TORNOS
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUR ASCASO CARLOS. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· LAYUS ABAD MARIA CRISTINA. HIGIENISTA DENTAL. CS CALATAYUD NORTE. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La caries es actualmente la enfermedad infecciosa más frecuente en la infancia, y puede ocasionar graves problemas de salud general. Los diferentes factores etiológicos implicados pueden estar condicionados por los profesionales que asisten al niño y su entorno. Las recomendaciones internacionales, insisten en la importancia de una primera consulta odontológica antes del año de edad, mientras que en España se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado alguna vez al dentista (RCOE. 2007).
En nuestra USBD, se observa que muchos niños presentaban una higiene bucal defectuosa (muy mal cepillados), con alto índice de caries.
El año pasado impartimos sesiones educativas a 620 alumnos en 4 centros de educación primaria a distintos niveles (1º, 4º, 5º y 6º) para potenciar la higiene bucodental a través de actividades educativas lúdicas y prácticas, fomentando la responsabilidad y la autonomía en el cuidado bucal de los escolares. La evaluación de la actividad ha sido positiva y bien valorada por parte de los niños, los profesores y los padres. Se observa un aumento de la demanda de las revisiones periódicas al dentista a petición de los propios niños quienes se lo piden a sus padres.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El programa Educación para la salud Bucodental en la escuela tiene como objetivos que el alumnado:
• Adquiera conocimientos sobre la salud bucodental.
• Adopte actitudes positivas hacia al cuidado bucodental.
• Adquiera habilidades para cuidar su salud bucodental.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde la Dirección de AP se enviará una carta a los Directores de todos los centros escolares de Calatayud, ofertando la actividad.
Elaboración de una presentación power-point, adecuado a la edad de los niños.
Sesiones educativas para la mejora en el cepillado a los niños de los cursos: 1 º,2 º y 6º de primaria de los cinco colegios de Calatayud y en el de Educación Especial.
Se utilizará fantoma y cepillo gigante, para la demostración del cepillado correcto (material de la Unidad de Salud Bucodental).
A los niños más pequeños se les entrega un diploma para pintar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Numero de charlas informativas realizadas en el año
2. nº de escolares a los que se les ha impartido las charlas
3. nº de colegios de educación primaria en los que se ha impartido el programa / total colegios de educación primaria
4. Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios
5. Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La actividad comienza en el primer trimestre de 2017 y finaliza en el segundo trimestre, al finalizar el curso escolar.
Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios
Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES BUCALES
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1739 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_0815 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PARRILLA GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIEZ ADRADAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ARA LAPLANA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SISAMON MOLINERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ANDREU BERZOSA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las "Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, Nº119 de 24 de junio de 2015." han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria respondiendo a las necesidades en materia de salud demandadas. El fin es mejorar la calidad de vida de los alumnos con enfermedades crónicas, detectar a tiempo conductas de riesgo y prestar una asistencia de calidad en una situación de urgencia.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
•Capacitar a los docentes en la realización de una asistencia sanitaria de calidad a los alumnos que padecen algún tipo de enfermedad crónica o alergia.
•Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
•Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente.
Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas.
Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una "Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares" que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los talleres se van a desarrollar a lo largo del curso escolar 2016/2017. Pactando las sesiones en los periodos de tiempo que menos afecten al desarrollo de las actividades ordinarias de ambos profesionales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0815 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14–18 AÑOS ADSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

2. RESPONSABLE ..... SONIA BERNAD HERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CARMANIU TOBAL JORGE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ALCAZAR MORTE MARIA JESUS. PEDIATRA. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CHUECA GORMAZ ISABEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Los jóvenes entre 14-18 años, son uno de los grupos de población más expuesto al inicio del consumo de sustancias tóxicas, como el tabaco,
Se caracterizan por un escaso contacto con el sistema sanitario (salvo patología aguda) con lo que tenemos poco acceso a ellos.
La adolescencia es una etapa de cambios importantes, físicos y psicológicos (escaso control de la impulsividad) que pueden marcar el resto de su ciclo vital, tienen un escaso sentido de los riesgos que pueden llevar a determinadas conductas y adicciones peligrosas para su salud.
Es necesario conocer la prevalencia del consumo del tabaco en este grupo de población.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1 -CONOCER LA PREVALENCIA DE FUMADORES EN LA POBLACION DE 14-18 AÑOS ADSCRITA A NUESTRO CENTRO DE SALUD.

2 -EVALUAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO DE TABACO PARA LA SALUD.

3 -SENSIBILIZAR Y CONCIENCIAR A LOS JOVENES SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO DE TABACO.

4 -PROMOVER HABITOS DE VIDA SALUDABLES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO según cuestionario Estudes 2014 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y selección del material audiovisual

2-Sesión formativa para los miembros del equipo, con presentación del material didáctico (cuestionarios y material audiovisual).

3- Obtención del registro de la población diana de 14 a 18 años: datos de filiación y dirección.

4- Citación por carta de la población de entre 14 y 18 años

5- Cumplimentación de un cuestionario pre-exposición, proyección de una presentación basada en el proyecto tabacoff del Gobierno de La Rioja, recomendado por SARES Zaragoza, cumplimentación cuestionario post-intervención a la población objeto de estudio.

6- Análisis de datos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Cobertura alcanzada: %
Valor a alcanzar 95%
V. Inferior: 80%
V. superior: 100%
Periodo de evaluación: Anual
2.Porcentaje de adolescentes que cumplimentan la encuesta
Valor a alcanzar 100%
V. Inferior: 50%
V. superior: 100%
Periodo de evaluación: Anual
3.Porcentaje de incremento del aprendizaje antes/después de la intervención realizada
Valor a alcanzar 20%
V. Inferior: 5%
V. superior: 20%
Periodo de evaluación: Anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2016_1230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14–18 AÑOS ADSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

OBTENCION DE LA POBLACION DE 14 – 18 AÑOS: MARZO 2017.
OBTENCION DEL MATERIAL A EXPONER EN LAS SESIONES: MARZO – ABRIL 2017.
1.ELABORACION DE LAS ENCUESTAS PARA LOS PARTICIPANTES: MARZO – ABRIL 2017.
2.REALIZACION DE LAS SESIONES: A DETERMINAR POR CADA PROFESIONAL..
3.ANALISIS DE LAS ENCUESTAS CUMPLIMENTADAS: OCTUBRE 2017
4.COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL EAP: NOVIEMBRE – DICIEMBRE

9. OBSERVACIONES.
Consultado con SARES Zaragoza y el IACS.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención y promoción de habitos saludables
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANZ SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CHUECA GORMAZ ISABEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· AVELLANA MARTINEZ CARLOS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CARMANIU TOBAL JORGE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ SANZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las nuevas instalaciones del Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur se inauguraron en el año 2016, diferenciando los servicios de urgencia de los EAP Calatayud Norte y Sur.
El servicio de urgencias de un CS es parte importante en el funcionamiento del Equipo, porque asiste tanto urgencias durante la jornada ordinaria, atención continuada prestada desde las 17 horas a las 8 horas del día siguiente y 24 horas en festivos y fines de semana.
Al tratarse de un equipo integrado por un gran número de profesionales, que ejercen la mayor parte de su jornada en consultorios locales, deben de estar familiarizados con la organización y equipamiento de la sala de urgencias, para poder realizar de forma eficiente la asistencia urgente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MANTENER ACTUALIZADO EL EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS
1- Difundir a todos los profesionales del EAP el circuito de asistencia en urgencias establecido.
2- Informar a todos los profesionales de EAP, del equipamiento y distribución del material disponible en la sala de urgencias.
3- Realizar inventario de material de electromedicina, listado de medicación y material fungible con stock mínimo en carro de paradas (anexo 1) y maletín de urgencias (anexo 2), documentación (anexo 3)
4- Establecer una rueda de revisiones de Atención Continuada y su registro correspondiente.
5- Elaborar un libro de registro de incidencias para la reposición y mantenimiento del material de urgencias.
6- Cumplimentar las incidencias detectadas y actuación realizada en el libro de incidencias de atención continuada.
7- Establecer un ciclo de mejora de las deficiencias observadas
.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 2 sesiones clínicas:
primera sesión: informativa en la sala de urgencias del material disponible (consulta urgencias y maletín)
segunda sesión : circuito del usuario y rueda de revisiones de atención continuada y registro de incidencias.

- Elaborar rueda mensual de revisión de equipamiento de sala de urgencias : Rueda de Revisiones de Atención Continuada (anexo 4)
Realizar la Hoja de registro de la rueda de revisiones de AC (Anexo 5)
- Cumplimentación diaria de la hoja de registro de revisiones, por el médico y enfermero responsables de la jornada de atención continuada.
- Creación de un cuaderno de registro de incidencias para reposición de medicación y material . (anexo 6)
- Registro diario de las incidencias detectadas y actuación realizada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1: porcentaje de asistencia a las sesiones formativas: valores a alcanzar: 100%
valor inferior 60%, valor superior 100%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 2: se ha creado una rueda de revisiones
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 3: se ha elaborado una hoja de registro rotatoria
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
OBJETIVO 4: % de cumplimentación de la rueda de revisión de atención continuada mediante firma nominal
Valor a alcanzar: 100%
V. Inferior: 80% - V. Superior: 100%
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 5: Se ha elaborado un sistema de registro de incidencias
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 6: %de incidencias detectadas resueltas

Proyecto: 2016_1234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

Valor a alcanzar: 100%
V. Inferior: 80% - V. Superior: 100%
Periodo evaluación: anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º sesión clínica informativa: enero 2017
2º sesión clínica informativa: febrero 2017
Creación rueda de revisión: enero 2017
Elaboración de hoja de registro de rueda : febrero 2017
Inicio de registro de rueda de revisión : febrero 2017
Elaboración de libro de registro de incidencias para reposición o mantenimiento de material de urgencias: febrero 2017
Inventario de electro- medicina y equipamiento sala de urgencias y documentación,: enero 2017
Inventario de medicación y material fungible de carro de paradas y maletín de urgencias,: enero 2017
Reposición medicación y material: 1 de enero al 31 de diciembre 2017
Revisión y evaluación de incidencias no urgentes: 2 quincena de abril,agosto y diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION ALONSO BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO BERLANGA NICOLAS. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL GARCIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· VILLACAMPA CALLEJA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR RICO MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· MOROS SANZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BARANDA JEREZ MANUELA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde hace tiempo se ha observado en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes.
Detectamos la necesidad de mantener actualizado el sistema de registro de nuestros pacientes, y adecuar la gestión del material a las necesidades reales en cuanto a indicaciones y número de tiras.
Adaptándonos a los nuevos avances terapéuticos, conforme a la nueva evidencia científica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Gestionar eficientemente el material de autoanálisis de los pacientes diabéticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional.
- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector.
- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur.
- Comunicación al EAP en reunión en la primera quincena de abril de 2017.
- Comunicación y supervisión para su aprobación por farmacia de AP del sector
- Comunicación a los pacientes de forma individual en consulta programada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1: Nº de pacientes que necesitan tiras reactivas según protocolo establecido
Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 2: % solicitudes cumplimentadas por los profesionales según la instrucción recomendada
Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 3:% de concordancia alcanzada entre la indicación y el tratamiento establecido
Valor alcanzar: > 95%
L. Superior: 100%
L. inferior :85%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 4: % de asistencia a la reunion
Valor alcanzar: 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :60%
Periodo de evaluación: abril 2017
INDICADOR 5: se ha comunicado para su aprobación por Farmacia AP sel sector Calatayud
Valor a alcanzar: SI
Periodo de evaluación: anual
INDICADOR 6: se ha comunicado a los pacientes de forma individual
Valor a alcanzar 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :80%
Periodo de evaluacióin anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional: Abril 2017

Proyecto: 2016_1235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector: De mayo a diciembre 2017
- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur: mayo a diciembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAD HERNANDO SONIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DIGON SANMARTIN LUIS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BARRIENDO ORTILLES CERES. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LAURA SANMARTIN FLORENZA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
LA PA MEDIDA EN CONSULTA CONLLEVA UNA RELACIÓN CONTINUA E INDEPENDIENTE ENTRE LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES CV GRAVES: ICTUS, IAM, MUERTE SÚBITA, ENFERMEDAD RENAL TERMINAL, IC Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ESTO ES CIERTO PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDAD Y TODOS LOS GRUPOS ÉTNICOS.
SE HA OBSERVADO TAMBIÉN UNA RELACIÓN CONTINUA ENTRE LAS COMPLICACIONES Y LOS VALORES DE PA MEDIDOS FUERA DE LA CONSULTA AMPA Y MAPA.
SE HA DEMOSTRADO DE FORMA CONSISTENTE QUE EL PROMEDIO DE LA PA DE 24H TIENE UNA RELACIÓN MÁS ESTRECHA CON LAS COMPLICACIONES MÓRBIDAS Y MORTALES QUE LA PA MEDIDA EN LA CONSULTA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO: CONFIRMAR-DESCARTAR HTA EN PACIENTES CON DUDAS DIAGNÓSTICAS: FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA,HTA LABIL.
IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
DOS SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS EN EL C.SALUD CON MATERIAL ESPECIFICO ELABORADO PARA LOS MIEMBROS DEL EAP: REALIZADAS LOS DÍAS 8 Y 22 DE MARZO DEL 2017.
CREACIÓN DE UNA AGENDA PARA LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES DE TODOS NUESTROS CUPOS.
ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO PARA EXPLICAR EN QUE CONSISTE LA PRUEBA Y COMO DEBE CUIDARSE EL APARATO DURANTE SU APLICACIÓN, QUE SE ENTREGARA A LOS PACIENTES ANTES DE SU COLOCACIÓN.
EN CASO DE TENER ALGÚN PROBLEMA CON EL USO DEL MONITOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA SE DAN UNOS TELÉFONOS DE CONTACTO PARA LA ACLARACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS DUDAS Y PROBLEMAS QUE PUEDAN SURGIR.
CIRCUITO MAPA
CITACIÓN AGENDA DEL PACIENTE.
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA CON TELÉFONOS DE CONTACTO PARA LA RESOLUCIÓN DE DUDAS.
COLOCACIÓN DEL MONITOR
RETIRADA DEL MONITOR A LAS 24H.
REALIZAR FORMACIÓN CONTINUADA CON LOS MIEMBROS DEL EAP MEDIANTE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y EXPOSICIÓN DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS, TANTO DIAGNÓSTICAS COMO TERAPEÚTICAS, QUE SE HAYAN PODIDO DERIVAR DE NUESTROS ESTUDIOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EAP EN LAS SESIONES FORMATIVAS:AL MENOS UN 70% DE LOS MIEMBROS DEL EAP .
FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS MIEMBROS DEL EAP: AL MENOS UN 40%.
OBJETIVO Nº 1: INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
INDICADOR 1: % de profesionales que han utilizado la MAPA en el último año
Valor a alcanzar:100%
L.I:80%
LS:100%

INDICADOR 2: % de pacientes diagnosticados de HTA a los que se les ha realizado un MAPA en el último año
Valor a alcanzar: 5%
L.I:3%
LS:5%
OBJETIVO Nº 2: MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO: CONFIRMAR-DESCARTAR HTA EN PACIENTES CON DUDAS DIAGNÓSTICAS: FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA, HTA LABIL.
INDICADOR 1: % de pacientes hipertensos en los que, mediante MAPA, se descarta el diagnóstico de HTA en el último año
Valor a alcanzar:5%
L.I:0%
LS:100%

Proyecto: 2016_1245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

INDICADOR 2: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA de BB en el último año
Valor a alcanzar:5%
L.I:0%
LS:100%
INDICADOR 3: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA enmascarada en el último año
Valor a alcanzar:1%
L.I:0%
L.S:48%
INDICADOR 4: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA lábil en el último año
Valor a alcanzar:2%
L.I:2%
L.S:5%
OBJETIVO Nº 3: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS.
INDICADOR 1: % de pacientes hipertensos diagnosticados en los que, mediante MAPA, se les detecte un RCV elevado en el último año
Valor a alcanzar:40%
L.I:40%
L.S:60%
INDICADOR 2: % de pacientes hipertensos tipo “Risser” diagnosticados mediante MAPA en el último año
Valor a alcanzar:5%
L.I:1%
L.S:9%
INDICADOR 3: % de pacientes hipertensos tipo “non dipper” diagnosticados mediante MAPA en el último año
Valor a alcanzar:30%
L.I:25%
L.S:50%
INDICADOR 4: % de pacientes hipertensos tipo “dipper extremo” diagnosticados mediante MAPA en el último año
Valor a alcanzar:1%
L.I:1%
L.S:2%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MARZO DEL 2017: CREACIÓN DE UNA AGENDA PARA LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES.
SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS PARA EL APRENDIZAJE DE LA TECNICA PARA MEDICOS Y DUES: 8 Y 22 DE MARZO 2017.
ANALISIS DE LOS RESULTADOS DICIEMBRE 2017.
REALIZAR FORMACIÓN CONTINUADA CON LOS MIEMBROS DEL EAP MEDIANTE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y EXPOSICIÓN DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS, TANTO DIAGNÓSTICAS COMO TERAPEÚTICAS, QUE SE HAYAN PODIDO DERIVAR DE NUESTROS ESTUDIOS:

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_0821 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA. MIR. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· CUADRADO GONZALEZ AINOA. MIR. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· SIMON APARICIO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BES GIMENEZ ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA. MATRONA. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda que presentaba la población de Daroca por continuar con el Programa de Educación para la Salud iniciado en 2016. Como la intervencion comunitaria fue muy positiva vemos la necesidad de continuar realizando esta promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad añadiendo la intervención en una residencia de ancianos de Daroca.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Mejorar el nivel de salud de la población de Daroca al realizar una intervención comunitaria interdisciplinar.
Como objetivos específicos:
Promover desde el Centro de Salud la participación activa de otros sectores de la Sociedad. Crear un programa participativo y multidisciplinar.
Diseñar actividades comunitarias estructuradas que puedan perdurar en el tiempo.
Evaluar tanto el proyecto en general como cada una de las actividades concretas desarrolladas.
Transmitir a la población información sanitaria capacitándola para optar por comportamientos más saludables y fomentar el autocuidado.
Conocer actitudes y expectativas de los profesionales del Centro de Salud sobre la realización de Actividades Comunitarias.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Las medidas previstas a realizar son:
"El paseo saludable ", llevado a cabo los lunes por personal del Centro de Salud.
Colaboración con el IES de Daroca impartiendo charlas de Educación para la Salud por parte del Equipo Multidisciplinar. Los temas a tratar son: 1.- Reanimación CardioPulmonar Básica y Avanzada. 2.- Alimentación, Nutrición. Alteración en la conducta alimentaria. 3.- Hábitos de vida saludables. Prevención de Alcoholismo, Dogradicción, etc. 4.- Sexualidad y Anticoncepción.
Colaboración con la Residencia de Ancianos de Daroca impartiendo las sesiones de: 1.- Prevención de Accidentes en Ancianos. 2.- Prevención de riesgos laborales en los cuidadores.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1.- Número de sesiones impartidas en IES de Daroca durante el curso 2017.
2.- Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones. Se facilitará una encuesta de satisfacción (tanto en el IES de Daroca como en la Residencia de Ancianos).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educ Sexual, Prev Accidentes en ancianos, etc.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_1151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES (%)

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BES FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRENA MARINA EMILIA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ABADIA ANA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· ALDA CAMPOS BLANCA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Definición: Proporción de pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses con al menos un registro DGP “HB A1C” ‘EHGBA1C’ en 6 meses.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que la realización de la determinación de los niveles de HBIAC- EHGBA1C a los pacientes diabéticos no alcanzaban los mínimos exigidos en los indicadores de la cartera de servicio del contrato de gestión del año 2016.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Alcanzar un 70% de determinaciones de HB!AC/EHGBA!C en los pacientes diabéticos de los pacientes registrados como tales en nuestra zona de salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Listado de pacientes diabéticos de OMI
2. Revisión de las historias clínicas de los pacientes diabéticos cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina. Control analíticas de especialistas no cargadas en OMI.
3. Solicitad el parámetro a todos aquellos pacientes que no lo tengan registrado cada 6 meses

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuentes de datos: Registro OMI
Valor alcanzar: 70%
Valor inferior: 50%
Valor superior: 100%
Periodo de evaluación: cuatrimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual 2017 y evaluación cuatrimestral

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO (%)

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GARCIA TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BARRENA MARINA EMILIA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BES GIMENEZ ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANZ PEREZ CHELO. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· SIMON APARICIO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DEFINICION: PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que el registro en OMI de los síntomas de la EPOC se encuentran por debajo delos límites requeridos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Alcanzar un 90% de registro de los síntomas de EPOC en la Historia Electrónica OMI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Listado de pacientes EPOC de OMI
Revisión de las historias clínicas de los pacientes EPOC cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina.
Control de síntomas de los pacientes EPOC a todos aquellos pacientes que no los tengan registrados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuentes de datos: Registro OMI
Valor alcanzar: 90%
Valor inferior: 75%
Valor superior: 100%
Periodo de evaluación: cuatrimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1153 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DEULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALDA CAMPOS BLANCA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BES GIMENEZ ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· SIMON APARICIO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANZ PEREZ CHELO. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DEFINICION: PROPORCION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPENDIENTE (Z28 O A99) IDENTIFICADOS COMO DEPENDIENTES (DGP “DVFUNCIO” ENTRE 1 Y 60), QUE ALMENOS TIENE UN REGISTRO EN EL DGP “DPNORTON” EN EL PERIODO DEEVALUACION.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que la realización del Test de Norton, en relación a la prevención de úlceras en pacientes adultos dependientes no alcanzaba un minimo de porcentaje de test realizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Alcanzar un 90% de Test de Norton realizados a los pacientes adultos dependientes que tenemos recogidos en OMI a lo largo del año 2017.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Listado de pacientes dependientes de OMI
2. Revisión de las historias clínicas de los pacientes dependientes.
3. Control del Test de Norton síntomas de los pacientes dependientes y realizarlo aquellos que no lo tengan registrado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mínimo: 75%
Máximo: 100%
Control cuatrimestral

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
AÑO NATURAL 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2016_1222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

2. RESPONSABLE ..... ROCIO MELUS ROJAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENITO LOPEZ ANA MILAGROS. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· ELIAS GAVILANES MERCEDES. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· LAPIEDRA PUIG LOURDES. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· GALLEL URGEL MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Hemos detectado a la luz de los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión una necesidad de mejorar las actividades que conciernen al seguimiento del paciente diabético. Una de las causas de esta deficiencia en el seguimiento se deba muy probablemente a la fluctuación del personal sanitario en los últimos meses.
Creemos que el seguimiento del paciente diabético es mejorable en nuestro centro de salud, razón por la que consideramos importante desarrollar el presente proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantación de una estrategia común a seguir por todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabético.
Aumentar la cobertura de la exploración del pie diabético, con la indicación de realizar la exploración con doppler en aquellos pacientes con resultado en la exploración de pie diabético de ALTO riesgo.
Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica
Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas para lograr los objetivos detallados son las siguientes:
Realizar sesiones informativas a todo el equipo de atención primaria sobre el correcto registro de la educación diabetológica y la exploración del pie diabético.
Establecer las acciones a realizar en cada visita programada a paciente diabético con el objetivo de que todos los profesionales unifiquemos criterios.
Está previsto realizar dos sesiones informativas a lo largo del año para explicar al equipo la evolución y resultados obtenidos hasta el momento.
Los recursos necesarios para una exploración básica del pie diabético incluyen doppler, monofilamento y esfingomanómetro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:
Número de pacientes con registro en historia clínica de exploración del pie diabético al inicio del programa, a mitad del programa y al finalizar.
Número de pacientes con registro en historia clínica de alguna intervención en el plan de cuidados de conocimientos deficientes en el paciente diabético.
La fuente de datos empleada serán los listados de OMI AP proporcionados por servicios centrales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hemos establecido que la duración del programa sea de un año, con inicio en Mayo 2017, hasta Mayo de 2018 con intención de crear una estrategia de continuidad del programa de manera indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_1232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

2. RESPONSABLE ..... ANA MILAGROS BENITO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRERO TOLEDO YAMILETH. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· TORRIJO SOLANAS ROBERTO. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO CASTILLO EVA. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ VALLE BERNARDO. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectos de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC.
Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible.
Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación metereológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos.
Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Confirmación de la creación de agenda específca para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.
A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecesr un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Proyecto: 2016_1233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DONOSO VIDORRETA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ REMACHA CARLA. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· GALLEL URGEL MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

-Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.

-Que sepan reconocer situaciones de riesgo.

-Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder actuar correctamente ante situaciones urgentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración del contenido de la actividad formativa.
-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos

-Desarrollo de simulacros de actuación

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.

-Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017.Cristina Latorre y Carla Sanchez

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas:Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso escolar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0065 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... MARCOS CEBOLLA POLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOS ROYO BERTA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La correcta derivación de domicilios programados es básica para garantizar una Continuidad de Cuidados de calidad. El personal de Enfermería de Atención Continuada debe disponer de información detallada con el fín de evitar la variabilidad en el procedimiento a realizar durante la asistencia.
El personal de Enfermería de At. Continuada se enfrenta a multitud de dificultades para realizar los avisos; En primer lugar en ocasiones no puede acceder a OMI-AP al no estar dado de alta en el Consultorio correspondiente, por lo que sólo dispone de la información que le deje apuntada la Enfermera/o de cupo. A veces ahí radica el segundo problema; Papel escrito a mano, "post-it", avisos impresos sin apuntar la medicación o material necesarios, no dejar constancia en periodos estivales prolongados qué día o días se debe acudir al domicilio, etc. A estas situaciones hay que añadir que en las curas a domicilio de larga duración, los datos que se obtienen de los registros en el episodio correspondiente se vuelven más imprecisos con el tiempo ("Consulta sucesiva: Cura úlcera"), obviando aspectos importantes como cambio de medicación por mala evolución, aparición de exudado, reacciones alérgicas locales secundarias al apósito, etc.
Muchas veces esa información contradictoria genera incertidumbre en el paciente y la familia, creándose discrepancias entre el modo en que la Enfermera/o de Atención Continuada pensaba realizar el procedimiento y el modo "real" en el que se lleva a cabo por su profesional de cupo.
La creación de un modelo único de derivación de avisos a domicilio, permitiría de una forma muy visual, disponer de toda la información administrativa y técnica necesaria para facilitar la correcta Continuidad de Cuidados de los pacientes durante fines de semana y festivos, y a su vez mejorar la eficacia y eficiencia en la asistencia.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Garantizar la correcta Continuidad de Cuidados de aquellos pacientes que requieran asistencia domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada.
2. Evitar la aparición de errores u omisiones que retrasen y perjudiquen la evolución del proceso del paciente.
3. Mejorar la comunicación entre Enfermería del EAP y la de Atención Continuada mediante el seguimiento conjunto de pacientes tributarios de asistencia domiciliaria.
4. Aumentar la eficiencia de los Cuidados de Enfermería mediante la reducción de la variablidad del material empleado y su cuantía, disminuyendo por lo tanto el coste.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
La medida principal radica en la creación de un modelo estándar para la derivación de pacientes, que para mayor comodidad podría ser incluído en OMI-AP en la sección de "Plantillas". Se acordaría con el Personal de Informática el modo de añadirlo.
Como se viene realizando, la derivación de los avisos a domicilio durante los fines de semana y festivos correrá a cargo del Enfermero/a del EAP, quien de una manera rápida y segura, puede añadir con un simple "click" todos los datos antes de su impresión en papel. MODELO DE DERIVACIÓN DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

DATOS DEL PACIENTE
Nombre Dirección
Población Teléfono Alergias

MOTIVO DE LA ASISTENCIA

CURA ?
Tipo de Lesión Herida? Úlcera por Presión? Úlcera Vacular? Otros?
_____
Localización _____(Desplegable)
Exudado Nulo? Escaso? Moderado? Abundante?
Limpieza/Desinfección *Suero Fisiológico? *Povidona Yodada? *Clorhexidina? *Otro?
_____
Procedimiento _____
Observaciones_____

INYECTABLE ?
Medicación _____
Vía de Administración IM ? SC? IV? ID? Otra?
_____
Observaciones _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ?
Sonda vesical? Sonda Nasogástrica? Vendaje? Sutura? Otros?
_____
Técnica Lavado? Cambio? Colocación? Retirada? Otro?
_____
Observaciones _____

Proyecto: 2016_0065 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

MATERIAL
Domicilio? Centro de Salud?

PERIODICIDAD
Lu? Ma? X? Ju? Vi? Sá? Do? Diaria incluso festivos?

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Indicadores:
- Cumplimentación adecuada del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio por todo el Personal de Enfermería del EAP
- Utilización del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio en horario de Atención Continuada por todos los profesionales.
-Encuesta de Satisfacción que se creará a tal efecto enviada a aquellos profesionales que hayan usado dicho modelo en 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de Inicio 1/ Enero/ 2017
La implantación del Modelo de Derivación, tendría una duración de un año, donde se estudiarían el número total de avisos y características para poder evaluar el grado de eficacia de la medida.

9. OBSERVACIONES.
Modelo realizado en formato ".odt" que se puede enviar para una mejor visualización, ya que está diseñado mediante ítems y casillas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda persona tributaria de precisar Asistencia Domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

2. RESPONSABLE ..... PASCUAL GONZALVO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· MARIN LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· GISTAS QUILEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· TEJEDOR SANJOSE ROSARIO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Actualmente, el registro en OMI de la atención en urgencias en el Centro de Salud de Morata de Jalón (UrgCSM), por las limitaciones de OMI en cuanto a incorporación de datos de los mismos, no sigue unos cauces unificados, utilizando en unos casos la apertura de historia clínica mediante alta rápida y en otros en la apertura directa de episodio diagnóstico en tapiz común a múltiples pacientes. En el primer caso, los pacientes quedan en la base de datos de OMI en un único tapiz con datos básicos de filiación, pero incrementa los denominadores en la evaluación de los indicadores asistenciales de la Zona de Salud en el caso de que estos no se cierren inmediatamente.
En el segundo caso los pacientes no incrementan los denominadores, pero es imposible la cuantificación de los mismos, resultando además muy difícil su búsqueda posterior. Además se observa que el registro de estos pacientes tiene una gran variabilidad en cuanto a filiación, descripción de la atención, definición de la misma y forma de archivo, lo que dificulta primero una explotación de los datos de los mismos, así como su localización posterior en caso de necesidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Garantizar la seguridad clínica en la atención a los pacientes desplazados
- Registrar de manera homogénea los pacientes desplazados de otra zona básica de salud
Se pretende conseguir que en los pacientes desplazados atendidos en urgencias en el Centro de Salud, tanto los datos de filiación del paciente así como los datos clínicos obtenidos en la atención prestada sigan unos cauces homogéneos de registro en cada uno de ellos, que faciliten verificaciones posteriores.
- Mantener la base de datos del histórico de OMI
Así también el mantenimiento en el histórico de OMI de una base de datos propios de centro que pueda servir en ulteriores contactos del paciente con el CS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Registro sistemático de los mismos, utilizando la apertura de historia clínica en OMI mediante alta rápida, procediendo a su cierre inmediato pasándola al histórico.
Formación: 2 sesiones formativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada
Recursos previstos: nº de reuniones, recursos materiales (cañón, ordenador,..)
Cambios previstos: mejor asistencia al desplazado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM. (% pacientes desplazados con registro de actividad en OMI)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80% de los desplazados.
- Límite inferior: 30%
- Límite superior: 90%
2- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / Nº de pacientes atendidos en UrgCSM .(% de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM)
Estimación de situación actual:
Indicador 1 : -sin datos anteriores-
Indicador 2 : 15%
Fuente de Datos: Agenda de UrgCSM

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 al 31 de mayo de 2017: realización de 2 sesiones informativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada, por Pascual Gonzalvo Sánchez y Raquel Marín Lázaro.

1 de junio de 2017: inicio de la actividad.

31 de mayo de 2019, finalización. Duración 2 años.

Evaluación: del 1 al 30 de junio de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_1256 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS, POR ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... LOURDES MARTI GUILLEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJEDOR SANJOSE ROSARIO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· SOS ROYO BERTA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· CEBOLLA POLA MARCOS. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· MARIN LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Recibimos todas las semanas dichas hojas. Habitualmente hay dos tipos de errores: faltan tubos o sobran tubos.
Cuando faltan tubos alguna prueba es probable que no haya podido hacerse. Si sobran tubos hay un gasto innecesario.
Si buscamos en los volantes de OMI por qué ha habido dichas incidencias, mejoraremos la calidad de las extracciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el conocimiento de las muestras necesarias para los distintos perfiles y pruebas
Establecer feed-back con los compañeros del laboratorio cuando el error viene de allí
Mejorar la cadena del procedimiento en beneficio del paciente
Hacer las extracciones a un coste menor
Reducir el número de incidencias un 40%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1.Determinar la causa de las incidencias:
Orina de 24 horas que no trae el paciente y a pesar de especificarlo en la hoja enviada al laboratorio, en la de preanalíticas consta como que falta
Exceso de tubos en determinaciones no habituales
Falta de tubos
En el laboratorio, no recogida de muestra de la nevera o pérdida de la misma
Otras

6.2. Las actividades a realizar son:
- Semanalmente, repaso de la hoja de incidencias preanalíticas buscando con el código, en el volante del paciente y nuestras anotaciones en la hoja CA(E)_L-BQ (listado de extracciones) para encontrar la causa de los errores.

6.3. Procedimiento de corrección una vez determinada la causa:
Búsqueda en el listado de perfiles CA(E)E_L-BQ
Anotación en dicho listado si ha habido variación en los perfiles
Identificación del paciente
Buscar en OMI petición de analítica
Valorar la necesidad de contactar con el paciente para nueva determinación

6.4 Recursos previstos:
- Hoja de incidencias preanalítica, listado de extracciones, listado de perfiles, OMI.

6.5. Cambios previstos:
Vamos a mejorar la mejorar la eficiencia del servicio de extracciones en el Centro de Salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% muestras de orina que no aporta el paciente (nº de pacientes sin muestras de orina de 24 horas sobre el total de pacientes)
- Valor a alcanzar (estándar) el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% excesos de tubos en las determinaciones habituales (nº de analíticas con tubos en exceso sobre el total de tubos habituales)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% de ausencia de tubos (nº de analíticas con tubos ausentes sobre el total de analíticas)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%?
- Límite superior: 80%

% de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio (nº de muestras no recogidas sobre el nº de muestras

Proyecto: 2016_1256 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS, POR ENFERMERIA

enviadas)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

Fuente de datos: listado de perfiles, hojas de preanalíticas, web del laboratorio, petición de analíticas OMI
Inicio desde la hoja de preanalíticas del 14 de marzo
La evaluación se hará repasando todas las hojas de preanalíticas y las anotaciones que hayamos puesto en ellas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Determinar la causa de las incidencias:
Martes, después de enviar las analíticas, se revisarán las hojas de preanalíticas de la semana anterior. La revisión la harán Lourdes Martí y Raquel Marín, en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)
Actividades a realizar:
Los martes, repaso hoja preanalíticas, revisión petición de analítica del paciente (si es necesario), buscar en OMILAB, la revisión la hará Lourdes Martí, en caso de ausencias de ella Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)
Procedimiento de corrección
Los martes, Lourdes Martí Guillén, Rosario Tejedor Sanjosé, Raquel Marín Lázaro en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla EAC del CS)
Fecha prevista inicio: El año en curso
Fecha prevista finalización: Diciembre 2017.
Autoevaluación en julio y en diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2016_1374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GISTAS QUILEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELAZQUEZ TRIANA ANA BELÉN. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· JABBOUR NEEMI ISSA. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· MARIN LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.
La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.
El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.
Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo.
Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población a la que se dirige el taller:
En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.
Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.
El Colegio Rural Agrupado “Vicort – Isuela” está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasno con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).
La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasno. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasno, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.
Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un taller con exposiicón terórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores propuestos:
-Niños participantes /Total de niños del CRA
-Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
-Niños por edades participantes/total de niños
-Profesores asistentes.
-Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.
-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

Proyecto: 2016_1374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes.
Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.
Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.
La duración del taller será de dos horas seguidas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Objetivo población general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1375 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GISTAS QUILEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· JABBOUR NEEMI ISSA. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardiaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena
de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras.
En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codos), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimeitno de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núclos rurales del Centro de Salud.
De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilizació de torsos- maniquíes Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración arpoximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:
nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
Encuesta de satisfacción de usuarios.
Encuesta satisfacción de profesionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración arpoximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).
Se prevée un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2016_1375 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general rural
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0152 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA HUERTAS BADOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· JASO GRAU DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· MERINO LABORDA JOAQUIN. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
Tras analizar los resultados de la actividad desarrollada en este programa durante los últimos cinco años, se detectaron fallos de registro en el procedimiento que generan una oportunidad de mejora, en concreto no se especificaban el número de lesiones resecadas, ni aclaraba localización. Así mismo en algún caso no figuraba en HC, la existencia de consentimiento informado previo.

Otros puntos débiles que se aprecian son la falta de formación,falta de espacio físico para ello, variabilidad en los registros y gran problematica a la hora de encontrar el instrumental adecuado, necesario y en condiciones óptimas.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Mejorar la calidad de los registros del programa de cirugía menor así como todo el circuito, desde la derivación, a la obtención del resultado de la anatomía patológica de las lesiones resecadas.
Unificacion de criterios respecto al instrumental preciso.
Mejorar la satisfacción de los pacientes.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Se diseñará un protocolo en el que incluir todos los pasos, desde la detección del caso susceptible de incluir en programa, derivación, consentimiento informado, cumplimentación del protocolo y recepción del resultado. (HUERTAS, ROLDÁN)

Diseñar una encuesta de satisfacción del usuario que se cumplimentará tras la realización de la actividad quirúrgica. (JASO, MERINO)

Realizar sesiones formativas sobre el material preciso, su mantenimiento y organización.(HUERTAS, ROLDÁN)

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Indicador 1: Resultado. Número de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC, figure consentimiento informado (estándar 100%)
Los datos se obtienen con la revisión sistemática de las HC de los pacientes incluidos en el programa

Indicador 2: Resultado. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC y dentro del protocolo, figura en número de lesiones resecadas y su localización. (mínimo 75%)

Indicador 3: Satisfacción. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor que reflejan estar satisfechos con el proceso (mínimo 50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: septiembre 2016

Fecha finalización: diciembre 2017

Cronograma:
septiembre 2016 elaboracíon de la encuesta de satisfacción y protocolo de derivación.

octubre 2016 Implementación del protocolo y encuesta, previa puesta en conocimiento d etodos los miembros del EAP.

mayo 2017: Primera evaluación de resultados

diciembre 2017 evaluación definitiva de resultados y detección de posibles oportunidades de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2016_0152 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0153 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA FORMACION DE LOS MIEMBROS DEL EAP SABIÑAN PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP)

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· VICIOSO ELIPE LOURDES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· JASO GRAU DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
EN LOS ÚLTIMOS MESE SE HAN DETECTADO, PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (FRACTURAS NO DIAGNOSTICADAS, INFORMES ILEGIBLES, ERRORES DE PRESCRIPCIÓN....),QUE HAN LLEVADO A LA INQUIETUD SOBRE COMO ABORDAR ESTOS CASOS. SE HA DECIDIDO MEJORAR LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD A LA ESPERA DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA SINASP A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
MEJORAR LA FORMACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO, PARA DETECTAR LOS CASOS QUE PUEDAN AFECTAR A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASÍ COMO CONOCER LOS PROCESOS DE NOTIFICACIÓN DE LOS MISMOS DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL "SINASP"

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
REALIZAR POR PARTE DE LOS FORMADORES EL CURSO ON LINE DE SINASP PARA ATENCIÓN PRIMARIA.
REALIZAR SESIONES FORMATIVAS Y TALLERES CON TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.
MANTENER CONTACTO CON LA DIRECCIÓN DE CARA A LA IMPLANTACIÓN A NIVEL DEL SECTOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS (NO EN NÚMERO INFERIOR A TRES) EN SINASP CON ASISTENCIA AL MENOS AL 80% DE ELLAS POR PARTE DEL PERSONAL DEL EAP.
2.-NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS EN EL AÑO. (DEPENDE DEL DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA EN NIVELES SUPERIORES)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2016 FORMACIÓN ON LINE, CURSO SINASP.
ENERO-ABRIL 2017: SESIONES FORMATIVAS AL MENOS DE PERIODICIDAD MENSUAL
HASTA DICIEMBRE 2017, SESIONES Y/O TALLERES ANALIZANDO POSIBLES CASOS DETECTADOS
DICIMEBRE 2017, ANALIZAR NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS. (DEPENDE DEL DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA EN NIVELES SUPERIORES)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_1156 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... LOURDES VICIOSO ELIPE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· IBARZO SANCHEZ CLAUDIO. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· JASO GRAU DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· MERINO LABORDA JOAQUIN. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedicación, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes.
Partiendo de los datos actuales, si bién se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75años.

2. Trabajar cada CIAS de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro d elo posible los tratamientos que siguen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.
Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.
Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.
Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.
Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicadores del cuadro de mandos.
Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pluripatología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2016_1157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA HUERTAS BADOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CIMORRA JAVIER. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· BLAS GABARDA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
A pesar de que en el corte final, la cobertura de los indicadores relacionados con los pacientes dependientes e inmovilizados han mejorado, se ha detectado una cobertura irregular de los mismos, más si cabe al tratarse de pacientes habitualmente bien controlados y con múltiples visitas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención en todos los pacientes dependientes e inmovilizados, que podrán ser evaluados mediante la mejora de cobertura recogida en el AGC del año 2017

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Búsqueda activa de casos DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los inidicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
2. Cumplimentar de forma anual la pregunta sobre riesgo de caidas y grabar el DGP a pesar de estar dado como realizado dentro de los planes personales.
3. Cumplimentar de forma anual el Test Norton y grabar el DGP
4. Cumplimentar de forma anual el Test Zarit y grabar el DGP
5. Sesiones formativas para mejorar la calidad de registro en el entorno OMI_AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador Pacientes Programa Dependiente/ Inmovilizado con registro sobre Riesgo de ca?as en el último año (%).
Definici? Porcentaje de pacientes con diagn?tico de dependiente y Barthel = 90, que al menos tiene un registro de riesgo de ca?as, en el ?timo a?.
F?mula Numerador: (SERV_326A): Pacientes incluidos en el denominador que almenos tiene un registro en el DGP CA?DAS ('CCAIDAS' = 'S' o 'N') en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagn?tico de
DEPENDIENTE (Z28 o A99), con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 90 y alg?
registro en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes incluidos en PAECD con valoraci? del riesgo de
ulceraci? en el último año
Definici? Proporci? de pacientes con diagn?tico de dependiente (Z28 o A99) identificados como dependientes (DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 60), que almenos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodo de evaluaci?
F?mula Numerador (SERV_326): Pacientes con diagn?tico DEPENDIENTE (Z28 oA99) que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodode evaluaci? (?timo a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagn?tico DEPENDIENTE
(Z28 o A99), con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 60 y alg? registro en el
periodo de evaluaci?
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes dependientes/ inmovilizados en los que se ha
identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el último año
(%).
Definici? Porcentaje de Pacientes dependientes o inmovilizados en los que se ha identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el ?timo a?
F?mula Numerador: (SERV_326B): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tienen un registro en el DGP PUNTUACION ZARIT ('DPZARIT'
ENTRE 0 y 88) en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagn?tico de INMOVILIZADO (A28) o de DEPENDIENTE (Z28 o A99) con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 90, y alg? registro en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Fuente OMI-AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Esta previsto realizar las acciones de mejora a lo largo de todo el año 2017, utilizando como herramienta de control, los datos aportados en los sucesivos cortes realizados en los indicadores incluidos en los ACG.
Todo el personal de enfermería será responsable de la implementación de las acciones de mejora.

Proyecto: 2016_1157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PLURIPATOLOGÍA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLAS GABARDA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN CIMORRA JAVIER. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ REMACHA CARLA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dado que la EPOC, se encuentra dentro de los objetivos estratégicos para el año 2017, a pesar que nuestro registra datos por encima de la media, creemos indicado dada la motivación de los miembros del EAP, continuar esta linea, aumentando el diagnóstico mediante la realización de espirometrías y la atención y control a los pacientes, con el fin de mejorar el control de la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la prevalencia detectada de pacientes con EPOC y el control de su patología potenciando la actividad de enfermería en lo relacionado con este proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formación continuada relacionada con EPOC y con la mejora de calidad de registro en OMI-AP.
2. Búsqueda activa de casos EPOC, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los inidicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
3.Cumplimentar al menos de forma anual ambos indicadores, aunque se deberán reflejar y apuntar en los planes personales tantas veces como se realize

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador Pacientes con diagnostico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año (%).
Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
Fórmula Numerador (SERV_307E): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en el DGP (`CRESPIR? = S o N).
Denominador (SERV_307): Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes con Diagnostico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%).
Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas, en el último año.
Fórmula Numerador (SERV_307F): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en los DGP LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS ('NA_00031' = 1) y MANEJO VÍAS AÉREAS ('LIV_3140'=1)
Denominador (SERV_307): PPoblación entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.
Fuente OMI-AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación continuada a lo largo de todo el año.
Responsables, tanto personal médico como de enfermería del EAP.
Evaluación final coincidente con el corte final de diciembre de 2017 del AGC.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1159 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

2. RESPONSABLE ..... DOLORES JASO GRAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· VICIOSO ELIPE LOURDES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· PUERTA RICA ANA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· MENDIZ ORTIGAS MARTA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVCIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A AL POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PEÑALOSA GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DELGADO PUYOL JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GASCON BRUMOS JOSE LUIS. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GOTOR LAZARO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· ARANDA GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Desde 1974 en que Marc Lalonde puso de manifiesto los determinantes de salud, sabemos que los estilos de vida y conductas de salud son responsables del 43% de la mortalidad de la población. Se hace pues imprescindible la educación de la población en hábitos saludables como medida eficiente de mejora de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto nos proponemos llevar a cabo en nuestra zona de salud actuaciones educativas sobre la población para mejorar sus conocimientos fundamentalmente sobre hábitos dietéticos saludables y práctica de ejercicio físico. Hemos elegido como población diana las amas de casa de la zona, porque sobre ellas recae fundamentalmente la responsabilidad de la alimentación de su familia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Al finalizar 2017 se habrán incrementado los conocimientos en hábitos de vida saludables el la población de amas de casa de la zona de salud de Villarroya de la Sierra.
- Incrementar los conocimientos de las amas de casa en alimentación saludable: concepto de dieta sana, como confeccionar una dieta sana, mitos y leyendas sobre dietas..
- Incrementar los conocimientos acerca de los beneficios del ejercicio físico. Tipos de ejercicio físico, indicaciones y contraindiciaciones de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charlas dirigidas a la población de amas de casa de Villarroya de la Sierra sobre hábitos de vida saludables, especialmente alimentación y ejercicio físico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se pasará un test que evalúe los conocimientos en hábitos de vida saludables antes y después de las charlas.

?(respuestas acertadas en test pre-charlas)/?(respuestas acertadas en test post-charlas) = <1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dos charlas a lo largo del año y evaluación al finalizar 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_1265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORALES MERINO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· ARRIBAS DIAZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El proceso de atención a la EPOC se presenta como una secuencia de actividades integradas que tienen lugar en diferentes momentos con medidas de prevención, atención y rehabilitación. Una de estas actividades consiste en la detección de limpieza ineficaz de vías aéreas, así como el adiestramiento al paciente o su cuidador en actitudes y procedimientos que puedan hacer eficaz la limpieza de sus vías aéreas. Por ello, el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos proponemos alcanzarlo este año.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el paciente EPOC en el último año.
Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año será igual o superior al 75,6 %

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Investigar en los pacientes diagnosticado de EPOC si no pueden expulsar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio e incidir en lo posible en la conducta del paciente o del cuidador para mejorar la fluidez de las secreciones o facilitar su expulsión.
Registrar estas actividades en planes personales de OMI_AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% Pacientes diagnosticados de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año.
Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS y MANEJO VÍAS AÉREAS / Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC y algún registro en el ultimo año * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 75,6 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS > DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO ABELLO GIRALDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRILLO SORIA EDUARDO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· MORALES MERINO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· AZON LOPEZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· ARRIBAS DIAZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El factor más importante causante de la enfermedad es el tabaquismo. A nivel sanitario la estrategia anti tabaco se desarrolla fundamentalmente en la Atención Primaria. Pero para planificar y desarrollar las distintas actividades tendentes a la reducción del consumo de tabaco es necesario conocer la "bolsa" de pacientes fumadores y por tanto es imprescindible interrogar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico. Por ello, el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos proponemos alcanzarlo este año. Hemos detectado que la mayor parte de los pacientes que no son interrogados sobre habito tabáquico corresponden a pacientes jóvenes que no suelen frecuentar la consulta médica habitual y que su contacto con la atención primaria suele ser en horario de atención continuada. Por tanto nos proponemos ampliar esta actividad de registro también a la atención primaria urgente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el registro de personas mayores de 15 años a los que se les ha interrogado por consumo de tabaco en los últimos dos años., para ello:
Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes a los que se les ha preguntado y registrado en OMI sobre su habito tabáquico en los dos últimos años deberá ser igual o superior al 59,3 %.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Interrogar sobre hábito tabáquico a todos los pacientes que acudan a consulta y especialmente los que acuden en periodo de atención continuada .

Registrar estas actividades en los planes personales de OMI_AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Población = 15 años en quienes consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años/ Población = 15 años con algún registro en el periodo de evaluación * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 59,3 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1101 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
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. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo Dermlite III 3GEN.
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.
Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:
Curso:
- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.
Recursos:
- Dermatosocopio Dermlite DL100 3Gen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1:
- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:
- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Iº Trimestre 2017:
- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs
IIº y IIIº Trimestre 2017:
- Monitorización actividad en CMA
IVº Trimestre 2017:
- Evaluación
Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

9. OBSERVACIONES.
Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_1101 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2016_1102 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCESOS ESTANDARIZADOS DE INTERCONSULTAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante el primer trimestre de 2016 las Direcciones de AP de los ocho Sectores, con la finalidad de mejorar continuidad asistencial entre especializada y primaria, elaboramos unos documentos consensuados de aquellos procesos asistenciales más frecuentes y/o específicos de un número determinado de especialidades médicas. Estos procesos, mediante el uso de criterios clínicos consensuados de derivación, permiten una mejor comunicación interprofesional, continuidad en la atención y un aumento de competencias como resultado del análisis de casos conjunto. Se pretende elaborar un pequeño manual de derivación con aquellas especialidades ya trabajadas y en función del grado de aceptación completarlo con las que faltan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La DAP elaborará y fomentará el uso, por parte de los médicos de familia, de un manual de recomendaciones y procedimientos consensuados para las interconsultas con los especialistas de nuestro hospital de referencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:
- Recopilación y elaboración del manual
- Presentación e implementación en los EAPs
- Publicitarlo en la Intranet del Sector

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1
- Nombre del indicador: Procesos estandarizados de interconsulta
- Descripción: Creación de un manual con los criterios de derivación de los procesos más frecuentes en determinadas especialidades
- Fuente de datos: Procesos específicos elaborados por las DDAP para las siguientes especialidades: Cardiología, Neumología, Digestivo, endocrinología, alergias, nefrología, Cirugía General, Medicina Interna y reumatología.
- Valor a alcanzar: Creación del documento: Sí

EVALUACIÓN: Encuesta de satisfacción entre los profesionales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º Trimestre 2017:
- Elaboración y difusión a los Equipos.
2º y 3º Trimestre 2017:
- Monitorización de las actividades.
4º Trimestre 2017:
- Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología específica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2016_1103 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante 2016 se trabajó en este proyecto y quedó pendiente de instalar el aplicativo informático por parte del Servicio de informática de nuestro Sector. Este año se espera completar este proyecto.
El proyecto consiste en el envío de imágenes de lesiones de piel desde la perspectiva clínica y dermatoscópica para ser analizadas por la Dermatóloga y su posterior diagnóstico e indicación a seguir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La DAP continuará con la implantación de la consulta de teledermatología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:
- Implantación y difusión del aplicativo informático

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1:
- Nombre del indicador: % de equipos que utilizan la telederma
- Descripción:Nº de equipos que participan en la telderma
- Fuente de datos: OMI
- Valor a alcanzar: 80% de los EAPs
- Límite inferior: 40% de los EAPs
- Límite superior: 100 % de los EAPs

INDICADOR 2:
- Nombre del indicador: Nº de sesiones en telederma
- Descripción: Explicación del procedimiento y funcionamiento de la telederma.
- Fuente de datos: Registro de sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 100% de los EAPs
- Límite inferior: 40% de los EAPs
- Límite superior: 100 % de los EAPs

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer Trimestre:
• Instalación programa informático teledermatología atención primaria
• Formación profesionales
• Nombramiento de profesionales responsables en el EAP de atención primaria
• Organización de la agenda del dermatólogo de H. Ernest Lluch y definición del tiempo de agenda semanal programado para teledermatología

Segundo y Tercer Trimestre
• Seguir cronograma de implantación en restos de equipos

Cuarto Trimestre
• Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2016_1105 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL SINDROME DEL PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CODES GOMEZ JOSE. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Durante 2016 se realizó un curso sobre el pie diabético para formar a formadores de cada EAP. Se dotaron a los Centros de un Doppler y monofilamentos para una mejor exploración y atención a dicha patología. A pesar de haber conseguido una buena cobertura en dicho indicador en el último cuatrimestre, consideramos importante consolidar conocimientos y crear una consulta monográfica sobre pie diabético en un Equipo.

Se trata de un objetivo en consonancia con la línea estratégica de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La DAP potenciará la formación y la realización de actividades en el manejo práctico del síndrome del pié diabético.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:
-1 sesión/taller: la atención al pie diabético y la técnica Doppler, en cada uno de los EAPs.
-Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón.
Recursos:
-Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP.
-Monofilamentos en todos los EAP.

Oferta de Servicios:
-Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1:
- Nombre del indicador: % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.
- Descripción: Número de equipos en los que se han impartido las sesiones / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los DUE de cada EAP
- Límite superior: 100% de los DUE de cada EAP

INDICADOR 2:
- Nombre del indicador: % de DUE formados en la atención síndrome del pie diabético en el manejo de la técnica Doppler en el Sector
- Descripción: Número de DUE formados /nº de DUE del Sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las talleres formativos
- Valor a alcanzar: 70% de los profesionales de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los profesionales de cada EAP
- Límite superior: 100% de los profesionales de cada EAP

INDICADOR 3:
- Nombre del indicador: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Descripción: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Valor a alcanzar: Creación de consulta: SÍ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º Trimestre 2017:
Sesiones y talleres de formación en todos los EAP.

2º y 3º Trimestre 2017:
Monitorización de las actividades y oferta propuesta.

4º Trimestre 2017:
Evaluación

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_1105 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL SINDROME DEL PIE DIABETICO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2016_0712 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAMERO VILLARROEL CARMEN. BIOQUIMICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· ESCOBAR MEDINA ANTONIA. BIOQUIMICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. BIOLOGO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Laboratorio de Bioquímica para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es:
- Mantener el alcance acreditado
- Ampliar el alcance de acreditación a las siguientes técnicas:
- Creatinina en orina
- Urea en orina
- Glucosa en orina
- Ácido úrico en orina
- Proteínas Totales en orina
- Albúmina en orina
- Ión sodio en orina
- Ión potasio en orina
- Cloruro en orina
- Fosfato en orina
- Calcio en orina
- Magnesio en orina
- Alfa-amilasa en orina
- Sangre oculta en heces

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir renovar la Acreditación ISO 15189 y ampliar su alcance por un organismo independiente (ENAC), lo cual representa un reconocimiento oficial del prestigio y capacidad técnica del Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch para la realización de ensayos físico-químicos y una garantía de la fiabilidad de dichos ensayos de cara a la ciudadanía a cuyo servicio, en el ámbito de la Salud Pública, está el Laboratorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (por ejemplo, informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Los puntos que vamos a trabajar para ampliar el alcance de acreditación son:
- Detallar las condiciones preanalíticas que afecten al ensayo de las nuevas pruebas a acreditar: solicitud, preparación previa del paciente, recogida de muestra, transporte de muestra, manipulación de muestra, preparación de muestra, almacenamiento hasta su análisis.
- Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar.
- Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos que se precisen.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% Nuevos ensayos acreditados por ENAC frente a las totales que se van a proponer.
Fórmula: Nº NUEVOS ensayos acreditados por ENAC *100 / Nº ensayos presentados para ampliación del alcance.
Meta: superior al 90%

Número de NO CONFORMIDADES en la auditoría externa
Meta: inferior a 5

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

Proyecto: 2016_0712 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos: Febrero 2017
Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar: Febrero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: Octubre/Diciembre 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Marzo 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Enero 2018
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0721 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GAMERO VILLARROEL
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ESCOBAR MEDINA ANTONIA. BIOQUIMICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. BIOLOGO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SANZ FOIX PERFECTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SANCHEZ REMACHA BLANCA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hemoglobina glicosilada se realiza a los pacientes con Diabetes Mellitus para el correcto control de su enfermedad. En ocasiones, el paciente acude a la consulta de endocrinología sin el resultado de esta determinación, bien porque no se solicitó con antelación o porque no se realizó la extracción en el tubo adecuado. Por otro lado, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I requieren de un control más estricto, con consultas más frecuentes y como única prueba de laboratorio la hemoglobina glicosilada 3 a 4 veces al año. Ante estas dos situaciones se plantea la posibilidad de disponer de un analizador “Point of Care” en sangre capilar para tener resultados inmediatos, el mismo día de la consulta y evitar que el paciente tenga que acudir a una nueva cita para una venopunción y otra para una nueva consulta lo que conlleva aumento de costes directos e indirectos (pérdida de horas de trabajo, gasto en desplazamientos…). Sin embargo, estos analizadores presentan un mayor coste por prueba y coeficientes de variación más elevados con respecto a los analizadores utilizados en el laboratorio de Análisis Clínicos. La tecnología utilizada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch (HPLC), ofrece la posibilidad de realizar la determinación en sangre capilar, y analizar estas muestras de manera inmediata dentro del ciclo normal de trabajo.
Planteamos por tanto, la posibilidad de realizar la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar ofreciendo un tiempo de respuesta inferior a 20-30 minutos desde que se le realiza la extracción al paciente hasta la emisión del informe. De esta manera, ofrecemos la misma calidad en el análisis a estos pacientes que a aquellos a los que se les realiza la determinación en sangre venosa y a la vez, abaratamos costes.
Es importante destacar que la determinación de Hemoglobina Glicosilada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch, está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Así mismo, el laboratorio participa en programas de control de calidad externos y cuenta de un personal altamente cualificado. Cuando la técnica se realiza mediante un analizador “point of care” en la misma consulta de endocrinología las garantías de calidad en la determinación son menores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En primer lugar, ofrecer una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar cubriendo las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología. En segundo lugar, pretendemos evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la venopunción. Y finalmente, la realización de la determinación en nuestro laboratorio es aproximadamente 5 veces más barata que la determinación realizada en analizadores “Point of Care”, lo que supone un ahorro económico directo importante.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se utlizará el equipo HA8160 (MENARINI) que permite analizar la fracción HbA1c mediante separación cromatográfica de intercambio catiónico en fase reversa y posterior detección colorimétrica a doble longitud de onda (415 y 500 nm).
El paciente acudirá al laboratorio media hora antes de su cita en la consulta de Endocrinología en el caso de pacientes programados que requieran seguimiento estrecho con varios análisis anuales (DM tipo I o DM tipo 2 en fase de ajuste por mal control metabólico) o se remitirán directamente desde la consulta de Endocrinología en el momento en que se evidencie que no se ha realizado ninguna determinación de A1C en los dos meses previos a dicha consulta y se considera imprescindible dicha determinación para tomar la oportuna decisión clínica. El Enfermero realizará la punción en dedo con lanceta, recogerá la muestra en un capilar o pipeta y la depositará en un tubo con 1000 microlitros de solución hemolizante. En el analizador, la muestra se coloca en posición STAT (posición de urgencia) y se analiza inmediatamente después de la última que se esté procesando. En último lugar, el facultativo valida e imprime el resultado que se entregará en mano al paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de muestras analizadas en sangre capilar = número de muestras analizadas en sangre capilar / número de muestras totales x 100

Porcentaje de informes emitidos antes de 20 minutos = número de informes emitidos antes de 20 min / número total de informe emitidos x 100. Objetivo > 75%.

Porcentaje de pacientes que manifiestan expresamente algún tipo de descontento con el protocolo sobre el total de pacientes incluidos. De forma cualitativa se anotarán las quejas recibidas para intentar mejorar el proceso.
Determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar con queja x 100 / Total de determinaciones de hemoglobina

Proyecto: 2016_0721 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

glicosilada capilar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevé implantar el proyecto durante el mes de Octubre y realizar el primer análisis a finales de Diciembre para abarcar un periodo de 3 meses. Si la valoración es positiva se pretende tener implantado el proyecto de manera permanente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

2. RESPONSABLE ..... MAURICIO MOLODEZKY HORTT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTIZ ENCISO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SOPESENS GARETA JOSE MARIANO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La hoja de anestesia es un instrumento médico legal que se utiliza para registrar todo lo sucedido durante un acto anestésico (técnica, monitorización, medicamentos utilizados, incidencias, observaciones, etc). A día de hoy la que contamos en nuestro centro se encuentra desactualizada, ademas de falta de espacio para notas u observaciones y no cuenta con casilleros para información de actos o monitorización que se utilizan en los ultimos tiempos. Sería interesante además unificar en una misma hoja tanto el pre, como el intra y el post operatorio. Para mejorar la calidad de asistencia y disminuir al mínimo posible los errores o eventos adversos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Revisar los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
2- Unificar la hoja de consulta preoperatoria con la hoja de registro de anestesia (incluyendo el registro en URPA).
3- Diseñar una historia clínica de anestesia actualizada de acuerdo a la normativa actual.
4. Implementar la hoja de de registro de anestesia rediseñada.
5. Evaluar el impacto de los cambios para realizar los ajuste pertinentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión inicial para diagnosticar la situación actual, delegación de tareas para cada punto a mejorar en la historia de registro de anestesia.
Recolección de formatos de historia de registro de anestesia en otros hospitales de la Comunidad de Aragón, para reconocimiento de puntos fuertes que puedan ser adaptados a nuestra hoja de registro.
Elaboración y diagramación de la hoja de registro de anestesia, asignación de un color al papel para su identificación más fácil.
Prueba piloto de la nueva hoja de registro de anestesia por los diversos integrantes del servicio.
Corrección de errores o deficit identificados en la prueba piloto.
Enviar para su evaluación y aprobación por el comité de ética y el comité de seguridad del hospital.
Elaboración de la hoja definitiva de registro de anestesia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Hoja de recolección de los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
2- Borrador de la hoja de registro de anestesia.
3- Encuesta post piloto para evaluar la satisfacción del personal involucrado.
4- Evaluación con visto bueno por los comité de ética y seguridad del hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer trimestre de 2017: Reunión y evaluación de la situación actual
Segundo trimestre de 2017: Implementación de la hoja piloto.
Tercer trimestre de 2017: Evaluación de la hoja piloto, diseño de la hoja defintiva.
Fecha de inicio del proyecto: 15 de enero de 2017
Fecha de finalización del proyecto: 10 de diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. OTRO ENFOQUE. Actualización de documento médico-legal.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a actos anestésicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_1131 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· HUICI POLO PATXI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· VALLEJO CARMEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EL DOLOR TORÁCICO CON SOSPECHA DE ORIGEN ISQUEMICO, EXCLUIDO EL CODIGO INFARTO CONSTITUYE UNO DE LOS GRUPOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE FORMA EXPLICITAMENTE PROTOCOLIZADA PARA OPTIMIZAR RESULTADOS ESTABLECIENDO SISTEMAS DE ALERTA PARA ADECUAR LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEÚTOCOS. EN EL MOMENTO ACTUAL LA ASISTENCIA SE REALIZA CON OBSERVACIÓN Y SERIACION DE REGISTROS ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO. EN EL CASO DE QUE SEAN NEGATIVOS PERO PERSISTA LA SOSPECHA CLINICA SON DADOS DE ALTA PARA CONTROL TEMPRANO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA PARA PROGRAMAR OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ESTABLECER UN CIRCUITO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA PARA QUE A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS SE LES REALIZE UNA ERGOMETRIA PREVIA AL ALTA, AL MENOS A LOS ATENDIDOS DE DOMINGO A JUEVES POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE NUESTRO CENTRO (DISPONEMOS DE CARDIOLOGO DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE MAÑANA).
CREAR UN CIRCUITO ALTERNATIVO PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN LA IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
OPTIMIZAR LAS AGENDAS DE CARDIOLOGIA.
DISMINUIR EL Nº DE INGRESOS PARA ESTUDIO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ESTABLECER UN PROTOCOLO DONDE SE INCLUYA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO, CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN, INDICACIONES DE INTRODUCCION O RETIRADA DE FARMACOS, HOJA DE CONSULTA ESTANDARIZADA CON CIRCUITO ESPECIFICO Y DERIVACION REGLADA DE LOS PACIENTES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% DE PACIENTES DADOS DE ALTA CON ERGOMETRIA REALIZADA > 70
% PACIENTES CON SERIACION REGLADA DE ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO > 80

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
REALIZAR PROTOCOLO CONJUNTO ANTES DEL 15 DE FEBRERO
SESION INFORMATIVA-FORMATIVA A LOS MIEMBOS DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS EN LA MISMA FECHA
ADECUACIÓN DE LA AGENDA DE PRUEBAS DE CADIOLOGIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JULIO Y DICIEMBRE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cardiaca
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2016_0988 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ AYESA TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VILLALBA LOMBARTE ERIKA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. REHABILITACION
· DE LA FLOR MARIN MARIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. REHABILITACION
· TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La lumbalgia o dolor lumbar es el cuadro clínico consistente en dolor, tensión muscular o rigidez localizado en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado en pierna (ciática), asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad y que en la mayoría de los casos, tiene carácter inespecífico, presentando características mecánicas.

Supone un problema sociosanitario muy común ya que se considera el segundo motivo de consulta médica en Atención Primaria y la primera causa de incapacidad laboral en menores de 45 años en los países industrializados. El 80% de la población padecerá dolor lumbar en algún momento de su vida.

Sin embargo existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos asistenciales, como en los resultados y la calidad asistencial final que reciben los enfermos.

Existen múltiples clasificaciones. Centrándonos en la etiología, la gran mayoría son inespecíficas (85%), de buen pronóstico y evolución autolimitada aunque recidivante.
Sin embargo, un 15% se consideran específicas, relacionadas con una enfermedad sistémica. Para identificarlas correctamente, es necesario conocer la existencia de ciertos signos y síntomas de sospecha o alarma (“red flags”) que pueden orientar el diagnóstico.

Otro aspecto importante es descubrir factores psicosociales de mal pronóstico funcional (“yellow flags”). Esto unido a una evaluación periódica del paciente para objetivar la ausencia de factores biológicos de sospecha, tranquilizarlo y negociar un regreso precoz a su actividad normal es la mejor manera de prevenir una evolución crónica.

Con este protocolo se pretende unificar la atención a estos pacientes, buscando la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental será mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles, definiendo de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes con lumbalgia en el Sector Calatayud.

Otro de los objetivos es disminuir las derivaciones a la consulta de Traumatología como simple trámite para la solicitud de pruebas de imagen (resonancia magnética nuclear) para su posterior derivación a Neurocirugía en caso de patología subyacente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación un protocolo de manejo de la lumbalgia gracias al cual los pacientes verán acortados los tiempos de valoración, resultando en una atención más eficaz. Presentación del protocolo en los centro de salud con la ayuda de los coordinadores de los mismos. Aprobación del protocolo por parte de todos los miembros del mismo, del Hospital y de acuerdo con los coordinadores de los centros de salud incluidos en el área de Calatayud. Desarrollo de la estrategia acordada y valoración de los resultados clínicos y asistenciales obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a) Proporción de enfermos con lumbalgia derivados a Atención Especializada (COT, RHB y Reumatología) respecto del total valorados por lumbalgia en consulta de Atención Primaria (AP).
b) Proporción enfermos derivados a Neurocirugía desde AP que requieren tratamiento quirúrgico tras un año de implantación del protocolo.
c) Proporción de pacientes atendidos por lumbagia en AP que han necesitado atención en Urgencias por el mismo motivo.
d) Número de resonancias solicitadas una vez instaurado el protocolo respecto años anteriores.
e) Proporción de resonancias con diagnóstico positivo respecto al total de las solicitadas.
f) Número total de solicitudes de radiografía simple de columna lumbosacra en pacientes con lumbalgia sin traumatismo previo.

Proyecto: 2016_0988 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Apartados a) c) y f): Comparación entre el último año y tras el año de implantación del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación del protocolo en los servicios hospitalarios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología y Urgencias; así como en los centros de salud incluidos en el mismo, en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

9. OBSERVACIONES.
No son necesarias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ FOIX PERFECTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Un 80% de los pacientes que atendemos en la consulta de Endocrinología tienen sobrepeso u obesidad (en la población general esta cifra es del 40-50%).Muchas patologías endocrinológicas tienen como una de sus causas o favorecedores al exceso de peso y otras son complicadas por dicho exceso.Salvo en aquéllos pacientes que son remitidos específicamente para disminuir peso (en torno a un 5% de los que atendemos),no se suele dar la importancia debida a este problema.Aproximadamente ente un 30 y un 50% de los pacientes con exceso de peso refieren que ningún sanitario se lo ha dicho ni le ha explicado como corregirlo y las consecuencias de no hacerlo.En nuestra consulta sólo se ha venido determinando el peso en un 20% de las ocasiones en la visitas de seguimiento y en un 50% de las ocasiones en la primera visita;el perímetro de cintura sólo se ha determinado en un 2% de las visitas.Nuestro propósito es diagnosticar a todos los pacientes que tengan problemas de peso e indicarles cuáles son los problemas asociados y explicarles la manera de intentar corregir o disminuir el riesgo asociado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir que todos los pacientes atendidos en la consulta de Endocrinología sean clasificados adecuadamente en relación a su peso (bajo peso,normopeso,sobrepeso u obesidad y el grado de cada uno).
Conseguir que todos los pacientes con exceso de peso,sean informados de ello,de las consecuencias o riesgos asociados y se les den indicaciones adecuadas para corregirlo o minimizarlo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Pesar,tallar y determinar el perímetro de cintura en todos los pacientes en la primera visita,Luego determinar el peso en todas las visitas sucesivas,calculando el IMC y determinar el perímetro de cintura al menos una vez al año.
Los pacientes con sobrepeso serán informados por el médico y se les hará recomendaciones dietéticas genéricas y recomendaciones genéricas de actividad física según posibilidades y características de cada enfermo.
Los pacientes con obesidad recibirán información detallada y escrita de los puntos anteriores por parte de la enfermera.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con control de peso en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con exceso de peso y con determinación del perímetro de cintura en !º visita y una vez al año.
% de pacientes con obesidad que han recibido información escrita para disminuirlo.
% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (200 controles sucesivos)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Puesta en marcha del proyecto en último trimestre de 2016.
1ª evaluación de resultados en septiembre de 2017
2ª evaluación y cierre en su caso en septiembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2016_0104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... ASCENSION VALLEJO GUERRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El aumento en los últimos años de la cantidad de pacientes portadores de reservorio subcutáneo, hace necesaria una estandarización de sus cuidados y su difusión entre los profesionales del Hospital Ernest Lluch.
Aunque inicialmente los pacientes portadores, se tratan y son atendidos en Hospital de día oncológico, la continuidad de cuidados se extiende al resto de unidades del Hospital Ernest Lluch, tanto de hospitalización como de servicios como Laboratorio o Urgencias
La ventaja inicial de este tipo de vía venosa es que evita múltiples pinchazos a los pacientes, pero si los profesionales de enfermería no están habituados a su manejo, eso supone además el desplazamiento en numerosas ocasiones del paciente al hospital de Día oncológico, con la incomodidad y gasto que eso supone para los pacientes.La propia manifestación de los pacientes y del personal no adiestrado sobre el miedo y la inseguridad en la manipulación del reservorio ha hecho también necesario el plantear talleres de refuerzo de conocimientos y adiestramiento sobre la técnica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es que todos los profesionales enfermeros del hospital Ernest Lluch que manipulan un reservorio, lo hagan de la forma adecuada y estandarizada siguiendo el uso de la guía /procedimiento que se elabore.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutaneo
- Elaboración de una guía de bolsillo con ilustraciones y conocimientos básicos sobre la manipulación de los reservorios.
- Impresión y difusión del procedimiento y guía mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Elaboración del procedimiento y guía del uso y manejo de reservorios.
2- Realización de al menos 2 talleres formativos para su difusión.
3- Existencia del procedimiento y guía en todas las unidades de enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del procedimiento: Septiembre 2016
Difusión e impresión del procedimiento: Noviembre 2016
Difusión en todas las unidades de enfermería: Noviembre 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALACIN LARROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MANRESA OROZ NOEMI. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· SORIANO VELA RAQUEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· DE LA FLOR MARIN MARIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. REHABILITACION
· GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Plan de Atención al Ictus de Aragón, incluye su difusión y la formación de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.
Tanto en la atención temprana de los síntomas, como en la vigilancia semi-intensiva en las primeras 48-72 horas y en la posterior recuperación, el papel de enfermería es clave para evitar complicaciones y facilitar una mejoría satisfactoria.
Por eso, se hace necesaria realizar un conjunto de actividades encaminadas a formar y a educar al personal de enfermería para mejorar la atención en los cuidados de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la atención al paciente con ictus y disfagia:

- Reforzar conocimientos sobre el Plan de Atención al Ictus del Sistema Aragonés de Salud a las enfermeras/os, tcaes y celadores del Sector de Calatayud
- Dar a conocer los cuidados enfermeros propios del paciente con Ictus
- Manejo postural en el paciente hemipléjico. Manejo inicial de rehabilitación en el ictus en planta de hospitalización. 60 min.
- Dar a conocer la técnica de realización del test volumen viscosidad para disfagia. Adaptación de dietas.
- Disminuir la morbimortalidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de sesiones formativas dirigidas al personal de enfermería sobre atención al paciente con ictus y disfagia.
- Adaptación de las dietas del hospital para el paciente con Disfagia.
- Elaboración de recomendaciónes de enfermería para el paciente con disfagia.
- Actualización de hojas de registro de enfermería para indicar la realización del test volumen/viscosidad y elaboración de algoritmo de realización.
-Difusión de videos sobre cambios posturales y realización del test volumen/viscosidad en la intranet del hospital.
-Realización de posters con cambios posturales para la unidad Ictus.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de talleres de formación
- Existen todos los documentos nombrados y algunos de ellos actualizados.
- Difusión de tutoriales en la intranet del hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realización de talleres de formación: 1er trimestre 2016
- Actualización de documentación: 2º trimestre 2016
- Adaptación de dietas para el paciente con disfagia: 3er trimestre 2016
- Elaboración de posters para unidad Ictus: 4º trimestre 2016
- Difusión de videos formativos en intranet: 1er trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con Ictus y disfagia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0713 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN ALGORITMO DE DECISION ANTE LA CONSULTA DE UNA GESTANTE CON HEMORRAGIA VAGINAL EN URGENCIAS GENERALES

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL GARCIA SIMON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAÑIZARES OLIVER SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, el servicio de Urgencias proporciona la asistencia inicial a la gestante que consulta por hemorragia vaginal. Desde este servicio se deriva a las pacientes que se considera deban ser atendidas por un obstetra, al servicio de urgencias obstétricas situado en otro área del Hospital.

La existencia en el hospital de personal en formación MIR y el constante recambio de personal tanto médico como de enfermería en los centros comarcales, hace que el servicio de Urgencias haya detectado la necesidad de unificar los criterios de derivación de las gestantes con hemorragia vaginal al servicio de obstetricia. En este sentido el servicio de Urgencias del hospital, junto con el de Obstetricia, consideran prioritario la creación de un algoritmo de derivación uniforme, visible mediante cartelería o trípticos y conocido por todos los profesionales que atienden a estas pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto de creación de en nuevo algoritmo de derivación de las gestantes que consultan en urgencias generales por hemorragia vaginal tiene como objetivos:

- Ser capaces de optimizar los limitados recursos sanitarios, al no solicitar pruebas complementarias innecesarias que no conllevan más que en aumentar el tiempo de espera de asistencia sanitaria sin aportar datos relevantes.
- Disminuir los tiempos de demora asistencial de las gestantes en urgencias generales para evitar el contacto con otros enfermos crónicos, infecciosos, etc.
- Ser capaces en el servicio de urgencias generales de identificar de forma instantánea aquellas situaciones realmente urgentes relacionadas con la gestación que puedan comprometer, no solo la vida de la paciente, sino también la del futuro feto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir los objetivos propuestos, se propone la creación de un algoritmo de derivación de pacientes, diferenciando en primer lugar a la paciente estable de la inestable. En segunda línea se propone la diferenciación de las gestantes en función del trimestre de gestación debido a las distintas necesidades tanto maternas como fetales que en cada uno de ellos acontecen.

En segundo lugar se plantea la creación de un circuito de celadores de urgencias con el objetivo de protocolizar su actuación ante el traslado de las gestantes de un servicio a otro.

Por último, se pretende aprovechar el proyecto de calidad para crear un circuito de pacientes que precisan, en festivos o fin de semana, que les sea extraído un análisis de sangre para control de Bhcg con el objetivo de diagnosticar de la forma más precoz posible la existencia de una gestación ectópica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes en los que se aplica el algoritmo (mínimo >80%)

Porcentaje de pacientes a las que se realiza control de 2º Bhcg en urgencias en el contexto del diagnóstico de sospecha de Embarazo ectópico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se proponen los meses de Noviembre, Diciembre y Enero para la creación y diseño del algoritmo de decisión, así como su implementación desde Febrero de 2017 hasta Octubre de 2017, momento en que se evaluará su eficacia y la necesidad de seguir utilizándolo o la posibilidad de subsanar aquellos aspectos negativos que hayan podido ser detectados.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2016_0713 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN ALGORITMO DE DECISION ANTE LA CONSULTA DE UNA GESTANTE CON HEMORRAGIA VAGINAL EN URGENCIAS GENERALES

Dado que se aprovechan los recursos disponibles en el hospital de tanto el servicio de urgencias como el de obstetricia, no se considera necesario la solicitud de aporte económico.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0701 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE FARMACOS EN PATOLOGIA RESPIRATORIA PEDIATRICA EN URGENCIAS. BRONQUITIS, BRONQUIOLITIS Y ASMA

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO GALLEGO VELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARRA FORMENTO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· MARITNEZ ANDALUZ CARLA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
. DIFERENTES PAUTAS Y TRATAMIENTOS EN MANEJO DE LA PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN URGENCIAS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
UNIFICACION EN TRATAMIENTO SEGUN GUIAS DE MANEJO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS, POR PARTE DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES(MEDICOS DE URGENCIAS Y PEDIATRAS) QUE ATIENDEN PACIENTES PEDIATRICOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REALIZAR UNAS ESCALAS DE EVALUACION INFANTIL (DIFERENTES SCORES) CONLAS DIFERENTES PATOLOGIAS RESPIRTORIAS Y ESTABLECER UNOS CRITERIOS Y PAUTAS TANTO EN MEDIDAS COADYUVANTES (MEDIDAS POSTURALES, OXIGENO...) COMO EN TTO FARMACOLOGICO, PARA PODER APLICAR A DICHA PATOLOGIA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
EVALUACION Y REVISION DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS MEDICOS PAUTADOS DESDE URGENCIAS A LA POBLACIÓN PEDIATRICA CON PATOLOGIA RESPIRATORIA : BRONQUITIS, BRONQUIOLITIS Y ASMA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
NOVIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0389 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN JIMENEZ IHUARBEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBIZU TELLERIA ANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANOS
· MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANOS
· VALLEJO GUERRERO ASCENSION. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
· GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
· JIMENEZ CABELLO BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO-INFANTIL
· ROMERO VISIEDO JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El paciente quirúrgico es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.
Hoy en día, debido a las largas listas de espera, se hace necesaria una rápida preparación y asistencia del Paciente antes de su intervención quirúrgica.
Por ello y para obtener la mejor calidad asistencial, sin que se nos escape ningún detalle y que todo esté apunto en el momento de la intervención, se precisa de un buen trabajo de los diferentes equipos de Enfermería que intervienen en este proceso y de una buena protocolización del mismo.
La prevención de las infecciones asociadas a los cuidados de salud así como garantizar la seguridad del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica es una prioridad para los profesionales de los cuidados de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Preparar a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- Identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada del paciente.
- Minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.
- Mejorar y garantizar la atención del paciente y la continuidad de los cuidados durante todo el proceso quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este procedimiento lo realizará la comisión de enfermería quirúrgia, para ello habrá reuniones periódicas para:
- recoger de datos, información y elaboración de primer documento.
- revisar y validar todas las aportaciónes.
- Consultar con otros profesionales sobre dudas.
- Difusión en el hospital del procedimiento mediante talleres una vez elaborado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Profesionales implicados en el procedimiento a los cuales ha llegado y lo conocen. 100%
- Profesionales que realizan la preparación del paciente quirúrgico siguiendo el procedimiento elaborado: 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del documento: hasta Marzo 2017
- Difusión del procedimiento: 2º o 3er trimestre 2017
- Evaluación de resultados mediante entrevistas con los responsables de Unidad: 4º trimestre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica programada o de urgencia.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· DEL VILLAR CRUZ TERESA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· RROMERO VISIEDO JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· IÑIGUEZ PASTOR SUSANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· TORRALBA TEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· CUBILLO MIGUEL NATALIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicriticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina,Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona,Brevibloc, Verapamilo, Manidon), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicriticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales –UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios –AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Proyecto: 2016_0302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_0120 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... BENJAMIN GONZALEZ ARIZA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· SERRANO GARCIA CRISTINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La implantación de un este sistema permite garantizar la calidad de los ingresos desde el servicio de urgencias.
La lista de verificación o Check list es una herramienta muy útil para nuestro servicio de Urgencias al permitirnos aportar orden, estandarización de cuidados así como mejorar la comunicación entre servicios.
Con el check list conseguiremos:
- Registrar la información crítica
- Disminuir los errores por omisión
- Evaluar toda la actividad realizada
- Mejorar los estándares de calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Definir la puesta en marcha y utilización de un check-list de enfermería para el ingreso de los pacientes desde Urgencias a las áreas de hospitalización, garantizando una mayor eficiencia y seguridad en los ingresos y una mayor satisfacción personal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará una hoja de check-list para todos los ingresos de hospitalización destinada a la enfermera de la unidad correspondienta.

Para estos ingresos, el check list constará de 14 apartados referidos a la identificación del paciente (colocación de pulsera identificativa y verificación de identidad), verificación de la documentación clínica, revisión de los procedimientos de enfermería, información del paciente, correcto estado del paciente, cama, pañal y comunicación con la planta de destino y a los horarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de un check list de enfermería para los ingresos en Urgencias
- Se realizará una encuesta de satisfacción a una muestra de personal de urgencias y de hospitalización
- Evaluación y actualización de la hoja de registro según los resultados de las encuestas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación: Septiembre 2016
Encuestas de satisfacción: Marzo 2016
Evaluación de resultados: Abril 2016

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0589 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION AL PACIENTE CON ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... CAROLA MEDINA SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· PALACIN LARROY MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA
· LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
• El accidente isquémico transitorio (AIT) constituye una urgencia médica y neurológica dado que un 10-20% de los pacientes que presentan un AIT sufrirán un infarto cerebral en los siguientes tres meses y la mitad de ellos en los dos primeros días tras el episodio. Esta frecuencia es mucho mayor en los AIT aterotrombóticos, por ello las guías clínicas nacionales e internacionales sobre patología cerebrovascular recomiendan la realización de un estudio diagnóstico que incluya TAC cerebral y estudio de neuroimagen vascular extracraneal en las primeras 48-72h.
• Es imprescindible un diagnóstico clínico correcto, ya que los errores diagnósticos en forma de falsos negativos constituyen un problema grave al no instaurar precozmente el tratamiento adecuado, y los falsos positivos desembocan en yatrogenia y un consumo innecesario de recursos.
• El sector I no dispone de neurólogo de guardia, el estudio de imagen vascular lo realiza el radiólogo y los ingresos están a cargo de Medicina Interna. El estudio de imagen vascular se realiza habitualmente en un tiempo muy superior al recomendado. Durante el año 2010, se solicitó en el 61,5% de los pacientes con AIT y de éstos, sólo en un 28% se realizó durante el ingreso.
• Considerando una prioridad la mejora en la atención a esta patología, se ha elaborado recientemente un protocolo de atención al paciente con AIT que incluye la valoración neurológica de estos pacientes, ya sea en el servicio de urgencias si hay neurólogo de presencia o con ingreso a cargo de neurología cuando no se disponga del mismo, y la realización de estudio vascular extracraneal por parte del neurólogo, con el objetivo de mejorar el diagnóstico clínico y realizar un diagnóstico etiológico precoz

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Realizar un diagnóstico clínico correcto del AIT en el servicio de urgencias.
• Realizar un diagnóstico etiológico precoz que permita instaurar el tratamiento adecuado antes del alta hospitalaria, evitando, en los casos que sea posible, el ingreso hospitalario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar sesiones clínicas sobre el AIT con el servicio de urgencias para un correcto diagnóstico. Responsable: Carola Medina Sainz
– Revisar y definir los indicadores de seguimiento del protocolo. Responsables: Carola Medina Sainz
Pilar Poveda Serrano, Jose Antonio Crespo Burillo
– Evaluar el grado de seguimiento mediante la monitorización de los indicadores. Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.
– Realizar un análisis de los resultados y discutir las medidas necesarias para mejorar su seguimiento cuando sea preciso. Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:
– Evaluación neurológica: % de pacientes con AIT que acuden al servicio de urgencias en los que se solicita valoración neurológica. (Debe cumplirse al menos en un 75%).
– Imagen vascular en AIT: % de pacientes con AIT a cargo de neurología que tienen estudio vascular extracraneal antes de 72h. (90%)
– Tratamiento antiagregante/anticoagulante: % de pacientes con AIT con tratamiento adecuado al alta. (100%)
– Diagnóstico etiológico: % AIT que tienen mecanismo documentado al alta. (95%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesiones clínicas conjuntas del servicio de neurología y urgencias Enero 2017
-Revisión y definición de los indicadores de seguimiento del protocolo junio y diciembre de 2017
-evaluación del grado de seguimiento mediante la monitorización de los indicadores junio y diciembre de 2017
-análisis de resultados enero-febrero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Proyecto: 2016_0589 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION AL PACIENTE CON ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ictus (neurointervencionismo)

Proyecto: 2016_0956 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

2. RESPONSABLE ..... SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZUIL MARTIN MARCOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUMOLOGIA
· GARCIA SAEZ SANDRA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUMOLOGIA
· SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· GOMEZ HERNANDO MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoideo y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes.
Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación.
Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clinicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsible: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables. Marzos Zuil Martín, Sandra Garcia Saez y Mercedes Gomez Hernando

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria
Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de

Proyecto: 2016_0956 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

los indicadores
Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales
Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento
Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2016_1041 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MONTESA LOU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MALO YAGÜE MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GOMEZ AGUIRRE NOELIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· HUICI POLO PATXI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· TALAL JABOUR ISSA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
En el hospital Ernest Lluch de Calatayud tradicionalmente, dado que no se dispone de servicio de cirugía vascular se tiende a ingresar a todos los pacientes con trombosis venosa profunda. Esto, no solo no se adecua a las recomendaciones actuales, sino que además, genera días de hospitalización inecesarios, con el consiguiente prejuicio para el paciente . Por lo tanto consideramos importante la instauración de una via de tratamiento domiciliario de esta patología

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este proyecto, tiene por objeto sentar las bases de un protocolo consensuado con los distintos servicios de nuestro hospital para la correcta atención de los pacientes con trombosis venosa profunda y superficial .Establecer las pruebas a realizar, el tratamiento, los criterios de envío a domicilio o ingreso así como los controles a seguir y las recomendaciones para los pacientes
Los objetivos principales es conseguir el tratamiento domiciliario de los pacientes con TVP de bajo riesgo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Será necesario el control clínico y terapéutico de Cirugía, Hematología, Radiología y Medicina interna si precisa estudio posterior etiológico.Los requerimientos mínimos para realizar el tratamiento en régimen ambulatorio son:
Signos vitales normales
No sospecha de TEP Bajo riesgo de hemorragia por antecedentes
Ausencia de Insuficiencia renal o hepática grave o plaquetopenia
Disponibilidad de medios técnicos y humanos para la administración de HBPM, anticoagulación, control del recuento plaquetario, INR y concentración de transaminasas.
TVP no complicada (ausencia de TVP proximal extensa ilieofemoral extensa/ Flegmasía/ extensión proximal a femoral común)
TVP tanto proximales (femoro-poplíteas) como las de afectación aislada distal al hueco poplíteo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
TASA DE ALTA DE PACIENTES CON TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIRIO = Nº TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIARIO/ Nº TOTAL DE TVP DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS
retirada de ACO a los 6 meses en tvp domiciliario/ retirada de ACO a los 6 meses de pacientes ingresados con TVP.
Se compararan ambos indicadores con las TVP tratadas previa a la instauración de protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ELABORACION Y DIVULGACION DE PROTOCOLO HASTA FEBRERO DE 2017
INICIO INSTAURACION DE PROTOCOLO DE FEBRERO A JULIO DE 2017
MEDICION DE INDICADORES AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2017
FINALIZACION PROYECTO OCTUBRE 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

Proyecto: 2016_1132 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MARTINEZ GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· FERNANDO GROS TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· MARTIN FORTEA PILAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
EN EL MOMENTO ACTUAL LOS INGRESOS EN MEDICINA INTERNA LO DECIDE EL MÉDICO QUE REALIZA LA ASISTENCIA EN URGENCIAS. EL PACIENTE ES VALORADO POR EL INTERNISTA DE GUARDIA Y CUANDO PASA A HOSPITALIZACION SE LE ASIGNA UN MEDICO INTERNISTA EN FUNCION DE LA CAMA DONDE INGRESA.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE LE REALIZAN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NECESARIAS, INCLUIDAS EN CARTERA DE SERVICIOS DEL MISMO PARA LLEGAR A UNA IMPRESION DIAGNÓSTICA.
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CUANDO VALORA AL PACIENTE SOLICITA SU PERFIL ANALITICO DE INGRESO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
SOLICITAR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EL PERFIL DE INGRESO LO QUE DISMINUIRIA EN AL MENOS UN DÍA LA ESTANCIA MEDIA. EL INTERNISTA RESPONSABLE DEL PACIENTE DISPONDRA DESDE EL PRIMER CONTACTO TODOS LOS DATOS ANALITICOS NECESARIOS PARA INDICAR EN TTO ESPECIALIZADO
DISMINUIR EL Nº DE EXTRACIONES AL PACIENTE CON EL CONSIGUIENTE AHORRO DE TIEMPO DE ENFERMERIA Y USO DE MATERIAL FUNGIBLE.
EVITAR DUPLICIDAD DE DETERMINACIONES EN EL LABORATORIO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ELABORAR UN PERFIL DE ANALITICA DE INGRESO CONSENSUADO POR URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA Y AUTORIZADO POR EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS.
ELABORAR UNA RUTINA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA ELECCION DE LOS TUBOS, TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CIRCUITO DE SOLICITUDES
SESIONES INFORMATIVO-FORMATIVAS DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL PERFIL ANALITICO DE INGRESO > 75
% CUMPLIMENTACION RUTINA DE ENFERMERIA > 75

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ELABORACION DE DOCUMENTOS ANTES DEL 15 DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JUJIO Y DICIEMBRE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROPIA DE MEDICINA INTERNA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2016_1067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO MARTINEZ DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARANDA LASSA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA
· MILLARUELO LADERAS MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA
· CERDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA
· VAZ RODRIGUEZ JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El Cáncer de vejiga presenta una elevada prevalecía en nuestra población siendo uno de los económicamente más caros de tratar de debido a su elevada tasa de recidivas. En diversas guías clínicas se recomienda la instilación de quimioterapia intravesical postoperatoria para reducir la probabilidad de recidiva, lo más precoz posible dado que ello aumenta la eficacia. Existe una eficacia máxima si se realiza antes de las 6 horas postoperatorias.
En nuestro centro este procedimiento se realiza de forma habitual a la mañana siguiente de la cirugía, lejos de las primeras 6 horas. Esto se debe a que se realiza en la unidad de oncología, abierta solamente por las mañanas y la administración se debería de realizar por las tardes, tras la RTU. Por ello pensamos que se está perdiendo la eficacia, lo que conlleva un mayor número de casos a tratar, un peor pronóstico, más recidivas y secundariamente coste sobreañadido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como objetivo proponemos la optimización de la administración de quimioterapia intravesical aplicándola antes de las primeras 6 horas postoperatorias para reducir la tasa de recidivas, mejorar el pronóstico, optimizar el coste de los tratamientos y secundariamente reducir los costes del tratamiento de las recidivas que evitemos.
Pretendemos que la administración se realice en las primeras 24horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y en las primeras 6 horas en más del 70% de los pacientes una vez el programa esté asentado en nuestro centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Consensuar con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de enfermería o la unidad de oncología por la tarde.
2. Se solicitará el fármaco desde quirófano cuando se prevea que lo van a requerir y se podrá administrar en las primeras 6 horas.
3. El facultativo pautará “Administración de quimioterapia intravesical” salvo contraindicación”.
4. Seleccionar a personal de enfermería entrenado en la administración del producto o se deberá formar a dicho personal para ello. Conocer las indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, la correcta manipulación, administración y eliminación del fármaco. Enfermería realizará los puntos siguientes.
5. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
6. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
7. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
8. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, el tiempo trascurrido desde la cirugía, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese. Esto puede quedar reflejado en la hoja de evolución de enfermería o en una hoja específica creada al efecto y que permita posteriormente realizar la monitorización del procedimiento.
9. Serán los facultativos miembros del equipo de mejora los responsables del seguimiento periódico del programa y de transmitir la información al resto del personal implicado en el proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Registro de todos los pacientes incluidos en el programa.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a RTU vesical a los que se les consigue administrar quimioterapia antes de las 6 horas postoperatorias.
3. Registro de efectos secundarios y complicaciones de la administración del fármaco
4. Registro de los pacientes a los que no se les pudo administrar el fármaco en el plazo previsto y los motivos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Octubre 2016: aspectos preliminares (decisión del lugar de administración, informar al personal implicado del programa de mejora…) y selección del personal de enfermería.
2. Octubre y Noviembre 2016: formación, si se requiere, al personal de enfermería que se verá implicado en el programa.
3. Noviembre 2016: inicio piloto.

Proyecto: 2016_1067 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

4. Diciembre 2016: evaluación de los casos pilotos y modificación de los protocolos o actuaciones en caso necesario.
5. Enero de 2017: Inicio formal del programa de mejora.
6. Junio de 2017: evaluación preliminar de los parámetros.
7. Enero de 2018: evaluación del programa tras un año en funcionamiento

9. OBSERVACIONES.
Reenvio acortado

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2016_0694 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

2. RESPONSABLE ..... BLANCA PALOU PAPASEIT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UME FRAGA
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BROSED YUSTE CHABIER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· FAJARDO TRASOBARES ESTHER. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· MOLINA ESTRADA INMACULADA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· DOMINGUEZ PLO ESTHER. TECNICO DE EMERGENCIAS. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· PEREZ RUEDA NOELIA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La seguridad en el paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. Los efectos no deseados secundarios a una atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.
Los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad se pueden considerar como la oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y, por tanto, una oportunidad de mejora.
Podemos ir más allá al hablar de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRA) como un problema mayor dentro de la seguridad del paciente.
La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad es contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura.
Este proyecto, tiene como finalidad, cuantificar y a la vez, tipificar el grado de contaminación microbiana presente en estructuras fijas de la UVI móvil y fonendoscopios del personal sanitario, ya que, a pesar de tener implantada una Instrucción Técnica para la Limpieza y Desinfección de los vehículos (IT 070611) recomendaciones y documentación de “Higiene de manos”, nunca se ha realizado una evaluación cuantitativa de la implementación de esta instrucción técnica

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Mejorar las prácticas de desinfección de los fonendoscopios y demás objetos del entorno del paciente en una UVI móvil.
Mejorar la seguridad del paciente mediante la identificación de microorganismos en una UVI móvil y posterior implementación de consejos de sensibilización y medidas correctivas.
Contribuir a la estrategia de Seguridad en el paciente mediante una Intervención de Sensibilización frente las IRA al personal de UVI’s móviles.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Tras la exposición de los resultados de los análisis de los muestreos pre-intervención y del chel-list sobre hábitos de limpieza en el lugar de trabajo, se va a proceder a iniciar una “campaña de sensibilización” para la adquisición de buenas prácticas en cuanto a higiene de manos y desinfección de materiales y superficies de trabajo. Esta intervención de sensibilización se va a realizar a través de: Sesión clínica/Jornada, documentación en formato “Poster” y recordatorios mensuales a través de e-mail que se enviarán a las distintas bases reincidiendo en el tema.
Tras un tiempo prudencial, se procederá de nuevo a la toma de muestras para así, poder valorar el grado de cumplimiento-adhesión del personal a las nuevas recomendaciones.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
nº de acciones informativas realizadas (posters, infografías, correos, etc)
% de bases que tienen el producto de limpieza recomendado por la IT
% de vehículos que tienen PBA en el punto de asistencia (maletines y al lado de la camilla)
% de bases que realizan y cumplen el calendario de limpieza - desinfección
% de muestras que dan positivo en microorganismos
% de muestras con microorganismos patógenos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración de 2 años y seesarrollara en tres fases:

1ª FASE:
Se procederá a la toma de muestras con hisopo de superficies metálicas y plásticas del vehículo (volante conductor, tirador derecho de la camilla, barandilla derecha de la camilla, pantalla del monitor – botón encendido, imprimir y 12 D- y móvil de guardia) y del fonendoscopio individual de cada médico. Se cuantificará y tipificarán los microorganismos presentes. La recogida de muestras se hará en días que no coincida con la limpieza-desinfección del vehículo para no interferir en los resultados. La persona que realice la toma de muestras, a su vea rellenará un chek-list donde figurarán unos puntos a valorar sobre hábitos personales y de

Proyecto: 2016_0694 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

base en cuanto a limpieza y desinfección (PBA, Producto limpieza, calendario, etc)

2ª FASE:
Se procederá de nuevo a una segunda toma de muestras para así proceder a su comparación con los resultados de la 1ª Fase y se procederá a su evaluación.

3ª FASE:
Se pretende continuar con la toma de muestras al año siguiente (semestral) y así, poder monitorizar el grado de cumplimiento con las medidas implementadas, a la vez, que se volverá a realizar el chek-list sobre hábitos de limpieza en el lugar del trabajo, la cual, nos servirá para poder valorar de nuevo la mejoría o no de este indicador. A su vez, se pretende extender el estudio al resto de bases del 061 Aragón hasta alcanzar su totalidad.

9. OBSERVACIONES.
Bases del 061 que participarán en la 1ª Fase: UME de Fraga, Monzón y Huesca.
En el segundo año, se incluirán otras unidades de la Gerencia de Urgencias y Emergencias de Aragón.

10. OTRO ENFOQUE. Seguridad del Paciente

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_0231 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO EN CUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE

2. RESPONSABLE ..... NATALIA GIMENEZ BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCLEMENTE SAEZ JORGE. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· LARA GONZALEZ ARANCHA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
· TOME REY ANA MARIA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
· PUEYO VAL JAVIER. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 1
· MARCO GAYARRE ELENA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· MAINAR GOMEZ BELEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 1
· MENDOZA BARQUIN ANA BELEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME EJEA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La elección del tratamiento en el SCACEST es tiempo dependiente, aparte de otras variables clínicas del paciente a considerar en cada caso en particular por el médico que atiende al paciente.

Este tiempo ha de calcularse en relación al tiempo que costará atender al paciente una vez diagnosticado y al tiempo de traslado hasta el hospital útil. Muchas veces, en el código IAM se valora sólo el tiempo que cuesta realizar el traslado por carretera sin tener en cuenta el tiempo de asistencia.

Por otro lado las isócronas que se valoran en el 061 son las isócronas de tiempo de respuesta inicial de los SVA, SVB, AC…no de tiempo de respuesta global a una patología.

Para calcular el tiempo de respuesta real a dicha patología tendríamos que calcular el tiempo medio de asistencia que prestamos a dicha patología y sumarle el tiempo de traslado al hospital.

Si somos capaces de calcular estos tiempos podríamos diseñar un mapa con las zonas donde podríamos elegir la opción terapéutica mas adecuada basándonos en el tiempo de respuesta. Esto facilitaría la decisión terapéutica y mejoraría el tratamiento de los pacientes, evitando alargar tiempos para llegar a ICPP. (dando a cada paciente el tratamiento más adecuado)

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Mapa de Aragón territorializado en mejor respuesta terapéutica al SCACEST.
2. Base de datos con los núcleos urbanos y la isócrona a la que están, para una búsqueda rápida.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Revisar la bibliografía relacionada.
Calcular el tiempo de asistencia.
Solicitar incluir el tiempo de salida hacia el hospital en la base de datos del Código IAM de Aragón.
Búsqueda de programa para realizar isócronas y para territorializar. http://cartoo.dyndns.org/
http://geomarketingspain.blogspot.com.es/2010/07/geomarketing-isocronas-en-google-maps.html
Utilización de dicho programa para realizar el mapa.
Ofertar este mapa al comité científico del Código infarto de Aragón para su aprobación. Varios participantes de este proyecto de mejora formamos parte del comité científico del Código infarto de Aragón.

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. Cálculo del tiempo de asistencia: si/no
2. Realización del mapa de territorialización: si/no

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año desde su aprobación.

9. OBSERVACIONES.
Impresión de 20 mapas de isocronas Dina 1. Para las 12 bases, CCU, y hospitales. 300 euros
Tiempo de trabajo invertido en la búsqueda del material y realización del mapa. 3.000 euros

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Código Infarto

Proyecto: 2016_0231 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO EN CUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0534 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016

2. RESPONSABLE ..... BELEN MAINAR GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARDIEL GALINDO JOSE CARLOS. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· MENDOZA BARQUIN ANA BELEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SALCEDO DE DIOS SUSANA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SORIA FERRERO OLGA MARIA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· PASCUAL LARRAZ MARTA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SUAP
· PARAMIO ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· LABAR SILVA REMEDIOS. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SUAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
El 061 ARAGON proporciona un servicio de traslado interhospitalario de apoyo para la movilización de pacientes entre hospitales de la misma comunidad, para traslados intercomunidades, para retornos de habitantes que se lesionan o enferman extracomunitariamente.
Existen unos motivos que justifican el tipo de traslado, con recurso material y recurso humano SVA, SVB o AC.
Los motivos están descritos en un protocolo consensuado con diferentes servicios hospitalarios implicados en la demanda de estos servicios. También justificados con un escore que se debe de proporcionar al 061 para justificar la necesidad de un recurso u otro.
Hemos observado que se cumplimentan las solicitudes con el juicio muy subjetivo del solicitante el cual desconoce la mayoría de las veces la necesidad de cumplimentarla, asi como realizar el escore con claras evidencias de necesidad del tipo de supervisión para dicho traslado.

5. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
Nos interesa comparar la concordancia de solicitudes realizadas durante el 2016.
El conocimiento que se tiene desde los centros solicitantes de los traslados que se realizan con todos los justificantes cumplimentados para realizar los

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Desde el 061 se deberá de cumplimentar un cuestionario que debe de realizar el responsable del servicio que hace la solicitud en los casos de que el servicio sea tanto programado como urgente. Firmado y num de col.
Incluye: Motivo de la solicitud y facultativo solicitante (tipo de diagnóstico, CIE, Estado General, pronóstico)
Consentimiento informado
Escore para traslado

7. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
COMPARACIÓN DE CIES
TRASLADOS INTER CUIDADOS INTENSIVOS
TRASLADOS A PLANTAS DE HOSPITAL CON UVI
Mediante la búsqueda y selección de todos los traslados inerhospitalarios codificados diariamente como STRAS realizados en el 061 ARAGON y proporcionados por el archivo desde el programa SENECA. Mensual
La obtención será a traves de la revisión de historias una vez que lleguen a la central del 061 ARAGON en el mes de Enero del 2017

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo en Octubre 2016 hasta Mayo del 2017.
Los datos de las codificaciones se proporcionaran con efectos retroactivos correspondientes al año 2016.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención al paciente pluripatológico

13. VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante

Proyecto: 2016_0534 (Programa de Apoyo)

1. TÍTULO

MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016

2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

Proyecto: 2016_1380 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

2. RESPONSABLE ..... DIEGO LAGUNAS PARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALOU PAPASEIT BLANCA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME FRAGA
· PALOMAR CALVO DAVID. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 1
· GASCA PEREZ ELISA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME SABIÑANIGO
· GIL SUS GUILLERMO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME MONZON
· CAZCARRA LAPLANA JUAN JOSE. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· LOPEZ GARCIA NIEVES. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME SABIÑANIGO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El 061 ARAGÓN actúa de forma coordinada con el resto de los dispositivos de la cadena asistencial, así como con otros servicios de emergencia sanitarios y no sanitarios y otros centros para la actuación en el caso de producirse una situación especial.
Esta coordinación es recíproca, es decir, estos centros cuentan entre los recursos a movilizar con el 061 ARAGÓN en el caso de que sea necesaria la atención sanitaria a urgencias y emergencias.
En el 061 ARAGÓN toman el tratamiento de situaciones especiales aquellas para las que es necesario diseñar un dispositivo para la cobertura de riesgos y aquellas situaciones englobadas como emergencias colectivas y catástrofes tanto nacionales como internacionales.
Así, el Grupo de Trabajo de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes del 061 ARAGÓN participa en las Comisiones Técnicas de Seguimiento de los Planes de Socorro Binacionales de los Túneles del Somport y Bielsa.
La función principal de estas Comisiones es la supervisión y mejora de las actuaciones de los Servicios de Emergencia en caso de accidentes en dichas instalaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer y mejorar la coodinación con los intervinientes tanto nacionales como internacionales en las emergencias producidas en los túnelesdel Somport y Bielsa.
Garantizar los recursos materiales necesarios para cubrir la prestación de servicios en situaciones especiales realizados por el 061 ARAGÓN en dichas instalaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistir a las reuniones de los Grupos de Trabajo sectoriales de los Túneles del Somport y Bielsa.
Asistir a las reuniones de las Comisiones Técnicas de Seguimiento en representación de los Servicios de Emergencias aragoneses.
Realizaciones de simulacros anuales en los túneles.
Elaboración de los informes de análisis de los simulacros realizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de reuniones convocadas por Protección Civil de la Subdelegación de Gobierno de Huesca a las que se ha asistido
% de reuniones de la CTS a la que se ha asistido
% de simulacros de los túneles en los que se ha participado
Número de informes de análisis realizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Asistencia a reuniones de trabajo de enero a diciembre de 2017
Realización de simulacros en octubre de 2017
Elaboración de informes en octubre de 2017

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Politraumatológica e intoxicaciones
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2016_1380 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1381 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO VILLELLAS AGUILAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGO DE FRANCIA ANA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 2
· PARAMIO ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
· BIELSA RODRIGO ANTONIO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME TARAZONA
· ROSALES VILCHES CARMEN. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ZARAGOZA 2
· TRELLES FACHIN HILTON. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME HUESCA
· LASERNA RODRIGUEZ NAIARA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME MONREAL DEL CAMPO
· CASTRO SALANOVA RAFAEL. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME MONREAL DEL CAMPO

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
El 061 ARAGÓN, en su Cartera de Servicios establece como programa especial la atención extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes a través de la activación del Plan sectorial sanitario de atención extrahospitalaria en emergencias colectivas y catástrofes".
El objetivo de este plan es mejorar y coordinar la respuesta de los servicios sanitarios en la atención de las situaciones de urgencia y emergencia, tanto individuales como colectivas, disponiendo y organizando los recursos necesarios para atender la demanda habitual y aquélla que excepcionalmente se pudiera producir desencadenando súbitamente la aparición de un gran volumen de pacientes de gravedad y complejidad variables.
En el año 2013, el Grupo de Trabajo de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes del 061 Aragón, elaboró este plan que ordena la actuación del sector sanitario para la prevención y asistencia en situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública en Aragón, estableciéndose la estructura jerárquica y funcional de los grupos de intervención y el sistema de coordinación de los distintos recursos y medios sanitarios participantes mediante la definición de funciones, responsabilidades y procedimientos generales de reacción y alerta institucional, inventario de recursos, coordinación de actividades operativas y simulación para la capacitación y revisión, con el fin de salvaguardar la vida, proteger los bienes y recobrar la normalidad de la sociedad tan pronto como sea posible después de que se presente una emergencia colectiva o una catástrofe.
Además, establece criterios para la catalogación de las situaciones de emergencia colectiva destacando, entre otros, el número de víctimas, su dispersión, su patrón lesional y gravedad, duración de la catástrofe, ámbito, afectación de los recursos locales, necesidad o no de ayudas externas ...etc, para de esta forma planificar las estrategias y tácticas de actuación así como la logística necesaria para resolverla de la manera más rápida, eficaz y eficiente.

Este Grupo de Trabajo participa en jornadas y encuentros con entidades participantes en la atención a estas situaciones, detectando la necesidad de adaptación del plan a las nuevas necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés así como a la legislación vigente a nivel europeo, nacional y autonómico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar el plan y adaptarlo a las necesidades y expectativas detectadas en lo que se refiere a:
• Estructura jerárquica del Plan.
• Estructura funcional del Plan
• Estrategias y tácticas de actuación específicas en función de la naturaleza de la catástrofe, para garantizar su resolución de manera rápida, eficaz y eficiente.
• Logística necesaria para la gestión de estas situaciones.
• Redes de comunicación a utilizar tanto propias como ajenas.
• Mecanismos y procedimientos para la información a instituciones y medios de comunicación
• Catálogo de recursos humanos y materiales necesarios.
• Canales de comunicación de información técnica a los profesionales en el momento de la activación y operativización del plan
• Plan de formación específico del personal en el plan de catástrofes y emergencias colectivas.
• Planes concretos ante riesgos específicos previsibles.
• Mecanismos de evaluación, revisión y actualización del Plan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Revisar la legislación vigente en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
• Revisar y redefinir el contenido del material de catástrofes de las distintas unidades asistenciales.
• Establecer reuniones con las distintas entidades participantes en la atención a las emergencias colectivas y catástrofes en la comunidad autónoma de Aragón.
• Adaptar el plan existente a la legislación vigente y al Plan de Protección Civil de Aragón.
• Adaptar los recursos materiales necesarios para la ejecución del Plan en las distintas unidades asistenciales.
• Difusión del Plan a las distintas unidades asistenciales.

Proyecto: 2016_1381 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Existe un listado de la legislación aplicable en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
- Se ha participado en las reuniones convocadas para la coordinación del plan.
- Se ha definido la estructura jerárquica para la activación y ejecución del plan.
- Existen listados actualizados de los recursos materiales necesarios para la activación y ejecución del plan.
- Se han realizado las sesiones de difusión del plan a los distintos grupos de interés.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero- mayo 2017 revisión bibliográfica
Junio-agosto 2017 actualización del plan
Septiembre- octubre 2017 maquetación del plan
Noviembre-diciembre 2017 difusión del plan

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Inespecífica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2016_1383 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ANTON RAMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUILO ANENTO BERNARDO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME ALCAÑIZ
· CHUECA GARCIA MARCELO. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
· ROYO EMBID SONIA. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD
· PASCUAL GARCIA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME MONZON
· GUILLEN LOREN GENEROSA. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SUAP
· RAMON DEL RIO DANIEL. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME MONZON
· GONZALEZ HERRAIZ IGNACIO. MEDICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UME CALATAYUD

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
La incidencia y la supervivencia de la Parada Cardiaca (PCR) extrahospitalaria muestran una gran variabilidad entre países y regiones. En España hay datos parciales, pero no resultados globales sobre el impacto real de este importante problema de salud pública.
Desde el año 2012, el 061 ARAGÓN participa en el proyecto OSHCAR cuyo objetivo es conocer la supervivencia y las secuelas neurológicas de los pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria y son atendidos por Servicios de Emergencias Extrahospitalarias.
El proyecto se estructura como proyecto coordinado, donde cada subproyecto replica objetivos y metodología en su ámbito, que coincide con una comunidad autónoma y depende de una administración sanitaria propia. Se establecen mecanismos y acciones de coordinación y se desarrolla una base de datos común que facilite el registro local, de cada SEM, y global del proyecto, de manera que cada SEM disponga de una herramienta de investigación y control de calidad.
Para el desarrollo de este proyecto, En el año 2013, en el 061 ARAGÓN se diseñó una aplicación informática para el registro de datos de las PCR extrahospitalarias constituyendo el primer registro de esta actuación sanitaria en nuestra Comunidad a nivel extrahospitlario.
Según las recomendaciones RCP ILCOR 2015 se aconseja tener un registro para poder realizar una análisis de los datos lo que puede contribuir a la mejora continuada de la calidad de la RCP y de los resultados de la parada cardiaca.
Durante el año 2016 el Grupo de Trabajo PCR ha realizado una evaluación del % de registro de PCR a través de la aplicación obteniendo índices bajos, siendo una de las posibles causas la complejidad de dicha herramienta que provoca cierta inversión de tiempo. Por tanto, se ha detectado la necesidad de revisar la aplicación y adaptarla a las necesidades de nuestros profesionales sin detrimento de la calidad de los registros obtenidos.
Los datos que se recogen de la PCR extrahospitalaria son los derivados de la asistencia prestada, tanto de la labor médica como de enfermería. El equipo sanitario responsable cumplimenta la hoja de recogida de datos en soporte electrónico a través de la aplicación informática PCR disponible a través de la Intranet 061.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
* Optimizar la aplicacio´n informa´tica para facilitar y mejorar el registro de datos de todos y cada uno de los avisos relativos a PCR que son atendidos por las unidades del 061 de ARAGÓN.
* Adecuar la instrucción técnica (IT070612) a la nueva versión de la aplicación informática de registro de paradas.
* Realizar el seguimiento de pacientes con recuperación de la circulación espontánea que han sufrido una PCR.
* Participar en el proyecto OSHCAR, que consiste en el una recogida y análisis de datos de PCR extrahospitalaria a nivel nacional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Rediseño e implantación de la plataforma informática.
* Revisión de la actual instrucción técnica (IT070612).
* Difusión de la instrucción técnica.
* Evaluar el impacto que han tenido las mejoras en la aplicación informática.
* Seguimiento de pacientes con recuperación de la circulación espontánea que han sufrido una PCR y registro de datos en la aplicación informática.
* Registro de datos de PCR extrahospitalaria en la base de datos del proyecto OSHCAR a partir del registro de datos en la aplicación informática.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Existe una nueva versión de la aplicación informática de registro de PCR.
* Existe una nueva versión de la instrucción técnica IT070612 Cumplimientación de la hoja de registro de datos en PCR extrahospitalaria.
* Comparación del % de nivel de registro de PCR de la nueva aplicación informática con la anterior.
* Se ha realizado difusión de la nueva versión de la instrucción técnica (IT070612) y de la aplicación informática de registro de paradas mediante correo electrónico.
* Se ha realizado un seguimiento de todos los paciente que han recuperado la circulación espontánea y se han

Proyecto: 2016_1383 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

registrado sus datos en la aplicación informática.
* Se ha realizado un registro de datos en la base del proyecto OSHCAR de todas las PCR extrahospitalarias registradas en la aplicación informática.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto mayo 2017
Mayo 2017: Actualización de la documentación y rediseño de la aplicación informática PCR
Junio 2017: Implantación de la aplicación informática PCR
Octubre 2017: Seguimiento de indicadores guía de actuación clínica y registro de PCR
Enero 2018: Evaluación de indicadores guía de actuación clínica y registro de PCR
Fecha de finalización proyecto febrero 2018

9. OBSERVACIONES.
Precisa de la colaboración de los profesionales del Dpto. de Telecomunicaciones e Informática del 061 ARAGÓN.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PCR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras